



Persönliche Daten

Name/Vorname

Geb. Datum

Straße / PLZ / Ort

Telefon / Mobil

Email (freiwillige Angabe)

Beruf (freiwillige Angabe)

Jetzige Beschwerden:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Vorerkrankungen

Herzinfarkt: ja nein

Thrombose: ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Schlaganfall: ja nein

Rheuma: ja nein

Allergien / Unverträglichkeiten:

Bluthochdruck: ja nein

Gicht: ja nein

ja nein

Diabetes: ja nein

Krebs: ja nein

wenn ja, welche: _____

Medikamentenplan: _____

Operationen: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass:

mein Arzt Behandlungsunterlagen, Verordnungen, Befunden bei anderen Ärzten o.ä. zum Zwecke der Dokumentation und zur weiteren Behandlung von mir anfordern darf.

mein Arzt Behandlungsunterlagen, Verordnungen, Befunden o.ä. von mir zur Weiterbehandlung an andere Ärzte / Leistungserbringer übermitteln darf.

mein Arzt Rezepte, Überweisungen und weitere Formulare von mir/für mich an die von mir angegebene Adresse bzw. Apotheke faxen darf.

Sollte ich den Arzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Arzt anfordern darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patient / gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.