

Teilen Sie uns bitte mit, falls sich etwas von Ihren Daten oder Ihrem Gesundheitszustand geändert hat.

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ e-mail*: _____

Telefonnummer*: _____ **Handynummer*:** _____

Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit? ja

Wenn ja, bitte Ausweis vorlegen.

Arbeits- /Schulunfall? Wenn ja, bitte Unfallmeldebogen ausfüllen. ja

Bestehen weitere Erkrankungen? (Z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Stoffwechsel) nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien? _____

Nehmen Sie Blutverdünner? Nein

ASS Marcumar Godamed Xarelto Eliquis Pradaxa

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Über meine Rechte in Bezug auf den Datenschutz und die elektronische Verarbeitung wurde ich vollständig aufgeklärt.

Mir ist bekannt, dass ich meine freiwilligen Angaben und Erklärungen jederzeit auch teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis

meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt** übermitteln darf.

Name des Hausarztes: _____

erforderliche Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und weiteren, mich behandelnden Ärzten, Kliniken oder sonstigen Leistungserbringern abrufen kann.

Ja, ich möchte einen Ersatz für eine Vollmacht (Datenschutz-PIN): Eine Karte von uns mit einer PIN. Personen, die diese PIN kennen, dürfen Befunde, Rezepte, Telefonauskünfte o.Ä. erhalten.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift des Patienten ggf. Erziehungsberechtigten

* Freiwillige Angaben, welche jederzeit für die Zukunft widerrufen werden können