

Liebe Patientin, lieber Patient,

im Interesse Ihrer Behandlung möchten wir Sie bitten, folgenden Bogen vollständig auszufüllen. Bei eventuellen Fragen helfen wir Ihnen gerne (sämtliche Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht). Änderungen bitten wir Sie uns umgehend mitzuteilen.

Name	Vorname	geb.	Tel. Nr. / E-Mail
------	---------	------	-------------------

Hausarzt (falls ein **Bericht** gewünscht wird, bitten wir um **Zusendung eines Überweisungsscheines**):

1. Allergische Reaktionen / Unverträglichkeiten? nein
von Medikamenten (wenn ja, welche?)

Heuschnupfen / ganzjährige Allergien? nein
(wenn ja, welche?)

2. Nehmen Sie blutverdünnende Substanzen?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? nein ja
wenn ja welche?

4. Besteht eine Schwangerschaft? nein ungewiss ja (SSW?)

5. Hatten / oder haben Sie folgende Krankheiten?
HIV Tbc Hepatitis A/B/C Herzschrittmacher (bitte unterstreichen)

Sonstige Angaben / andere Krankheiten?

6. Operationen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich?

Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse oder Versicherungsstandes mit. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

BITTE WENDEN

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

Ich

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt/anfordert und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

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

(Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Benachrichtigung

Falls im Rahmen der Behandlung notwendig, benachrichtigen Sie mich

per Telefon

per email

gar nicht

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

(Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Bevollmächtigung

_____ ist bevollmächtigt für mich

Formulare /Befundberichte /Rezepte abzuholen

Auskunft über Behandlung erhalten

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

(Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)