

Dr. med. Susanne Mayr

Hals-Nasen-Ohren-Ärztin



Hindenburgstraße

Hindenburgstraße 8

91054 Erlangen

Telefon: 09131 / 80 88 0

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.

Patient/in

Herr/Frau/Kind Name Vorname geb.

Anschrift Straße/Hausnummer Postleitzahl/Wohnort

Tel: privat /mobil

Tel: geschäftl

Email:

Hauptversicherter: Name Vorname geb.

Beruf /Arbeitgeber:

Schüler / Student

Soll Ihr Hausarzt einen Bericht bekommen? **wenn ja / Hausarzt (Adresse) bitte angeben:**

Für Ihr Krankenblatt erbitten wir folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen.

Teilen Sie uns bitte auch künftig Änderungen Ihres Gesundheitszustandes, Ihrer Adresse und Ihres Versicherungsstatus mit!

1. Hatten / haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Asthma	HIV
Diabetes	Tbc
Rheuma	Lebererkrankungen
Bluterkrankungen	Hep. A / B / C
Krebs	Anfallsleiden
Schilddrüsenerkrankungen	Herzinfarkt
Schlaganfall	Herzschrittmacher

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

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

3. Nehmen Sie blutverdünnende Substanzen?

Blutdruck	niedrig	normal	erhöht
-----------	---------	--------	--------

4. **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?** nein ja
wenn ja welche?

5. **Besteht eine Schwangerschaft?** nein ungewiss ja (SSW?)

6. Sonstige Angaben / andere Krankheiten?

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

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben.

Datum

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

**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
erhalten

Auskunft über Behandlung

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