

Sehr geehrter Patient,
um Ihre Untersuchung möglichst gut durchführen zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen als Anregung zu verstehen, um sich darauf vorzubereiten.
Bitte beantworten Sie die Fragen, die Ihnen wichtig erscheinen.
Geben Sie bitte alle Vorbefunde an der Anmeldung ab

Name:

Telefon:

e-Mail:

Hausarzt:

Anschrift:

Von welchen Ärzten werden Sie noch behandelt?

Welcher Arzt soll ggf. einen Befundbericht über Ihre Behandlung erhalten?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Welche Beschwerden haben Sie?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Haben Sie Allergien oder andere Unverträglichkeiten? Nein Ja Welche

Welche Erkrankungen/ Operationen hatten Sie schon?

Gibt es in der Familie ähnliche oder gleiche Beschwerden?

Nein

Ja

Leiden Sie unter

Ja

Nein

Bluthochdruck

Erhöhten Blutfetten/ Cholesterin

Schlafstörung

Welcher Art?

Rauchen Sie?

Nein

Ja

wieviel

Nehmen Sie Alkohol zu sich?

Nein

Ja

wieviel

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?

Welche Behandlung wurde bisher durchgeführt?

Weitere Angaben die wichtig sein könnten?

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte Rückseite benutzen!
Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Einwilligung

zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name	Vorname	Geb.-Datum
Versicherten-Nr.	Krankenkasse	
<p>1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten</p> <p>Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der <i>Praxis Dres. Harting, Rundestr. 10, 30161 Hannover</i>, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.</p>		
<p>2. Berechtigung Dritter</p> <p>Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen. <small>(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)</small></p>		
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)	
<p>Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.</p>		
<p>3. Widerrufsmöglichkeit</p> <p>Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.</p>		
Ort, Datum	Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter	