

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	
Beruf:	

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
1.		3.	
2.		4.	
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:			

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum:

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis/ des MVZ offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, nach DATENSCHUTZINFORMATION gemäß § DS-VGO 2018 geschult und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Folgende Daten dürfen zum Zweck der

Behandlungen, Krankheiten

unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte

Krankenanstalten, Pflege, Betreuer, Fachärzte, Apotheke, Behandler

übermittelt werden:

Befunde, Diagnosen, Bericht, Rezepte, Verordnungen

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung wegen **aller Krankheiten** an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname, Anschrift: _____ geb. am _____

Name, Vorname, Anschrift: _____ geb. am _____

Name, Vorname, Anschrift: _____ geb. am _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters