



<b>Name des Patienten:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
Telefon:	E-mail:
Beruf/Arbeitgeber:	

<b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</b>			
Durch das Internet		Empfehlung eines anderen Arztes	
Bekannte		Sonstige	
Sonstige: (bitte benennen)			

<b>Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?</b>	
Diabetes mellitus	Bluthochdruck
Schilddrüsenerkrankung	Angina pectoris
Lebererkrankung	Sonstige Herzerkrankungen
Nierenerkrankung	Durchblutungsstörungen
Erhöhte Blutfettwerte	Krampfadern
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	Krebserkrankung
Sonstige Erkrankungen:	

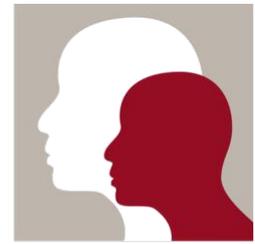
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:</b>
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

<b>Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:</b>
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

<b>Leiden Sie an Allergien?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:</b>
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

<b>Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?</b>	

<b>Aktuelle Beschwerden / Grund Ihres Kommens:</b>



## 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 an meinen überweisenden Arzt / Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt mich unter der auf Seite 1 angegebenen Telefonnummer / E-Mail (z.B. bzgl. Terminabsprachen o.Ä.) kontaktieren darf.

Befundbericht bitte an: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.