

Patientenauskunft

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie vorab nachfolgende Fragen. Sollten Sie einige dieser Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese bitte mit uns. **Diese Angaben sind freiwillig** und unterliegen der Schweigepflicht sowie den Bestimmungen des Datenschutzes, sie werden von uns streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank

Ihre Dres. Harlass-Neuking / Meyer / Zimmermann und Team

Name / Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Str., PLZ, Ort: _____

Tel. (privat): _____ Tel. (mobil): _____

E-Mail: _____

Beruf: _____ Arbeitgeber: _____

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? _____

Allergien

Sind Allergien gegen Medikamente bekannt? Andere Unverträglichkeiten? _____

Vorerkrankungen

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall
 Diabetes Lungenerkrankung (Tbc, COPD, Asthma) Krebserkrankung
 Infektionskrankheiten Anfallsleiden Sonstige: _____

Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? (Wenn vorhanden, bitte Medikamentenplan vorlegen.)

Datum, Ort: _____ Unterschrift: _____

► Bitte Rückseite beachten

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

Ich (Name / Vorname) _____ geb. am _____

bin einverstanden, dass

die Gemeinschaftspraxis Dres. med. Harlass-Neuking/Meyer/Zimmermann, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und zur weiteren Behandlung anfordert.

die Gemeinschaftspraxis Dres. med. Harlass-Neuking/Meyer/Zimmermann, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

die Gemeinschaftspraxis Dres. med. Harlass-Neuking/Meyer/Zimmermann Informationen an folgenden Angehörigen weiterleitet bzw. folgenden Angehörigen Auskunft erteilt:

(Name und ggf. Telefonnummer): _____

Ich bin mit der Weitergabe von personenbezogenen und medizinischen Daten an hinzugezogene Ärzte oder Institutionen für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Gewebeproben, LZ-EKG etc.) einverstanden.

Es ist notwendig, meine personenbezogenen Daten, unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben, zu speichern und zu verarbeiten.

Diese Einwilligung ist gültig bis auf Widerruf, sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Alle mündlich und schriftlich übermittelten Daten und Informationen unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht** und den Bestimmungen des Datenschutzes, sie werden daher von uns streng vertraulich behandelt.

Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, uns umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden **Änderungen Ihrer persönlichen Daten zu informieren**.

Die Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. an Kostenträger übermittelt werden.

Bitte beachten Sie auch unsere Patienteninformation zum Datenschutz.

Datum

Unterschrift