

Für welche Praxis stellen Sie die Anfrage?

- ☐ Praxis Ott / Ott-Tiemann / Stock
- ☐ Praxis Dobler
- ☐ Praxis Dukic

Herzlich willkommen! Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum	Krankenkasse	Telefon / Mobil	
Straße / Hausnummer		PLZ / Ort	
E-Mail		Bisherige Hausarztpraxis / Ort (falls vorhanden)	
Hausarztprogramm (HZV) bei anderer Praxis?		Größe	Gewicht
☐ Ja ☐ Nein		cm	kg

GESUNDHEITLICHE ANGABEN

Allergien	Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? ☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes mellitus ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ KHK / Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Asthma / COPD / Lungenerkrankung ☐ Thrombose / Lungenembolie ☐ Nierenerkrankung ☐ Leber- / Gallenerkrankung ☐ Gefäßerkrankung / pAVK ☐ Tumorerkrankung ☐ Migräne / Krampfleiden ☐ Wirbelsäule / Gelenke ☐ Depression / Angststörung
-----------	---

WEITERE ANGABEN

GdB (falls vorhanden)	Pflegegrad (falls vorhanden)	Patientenverfügung vorhanden?
		☐ Ja ☐ Nein

FAMILIE & VORSORGE

Erkrankungen in der Familie	☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Tumor
Letzte Vorsorge (falls bekannt)	Check-up: Hautkrebsscreening: Darmspiegelung:
Impfausweis vorhanden?	Weitere wichtige Informationen / aktuelles Anliegen (optional)
☐ Ja ☐ Nein	

Einverständniserklärung

Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

Taunusstraße 3 · 64850 Schaafheim

www.schaaz.de

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name / Vorname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

EINWILLIGUNGEN

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden.

Die Praxis darf mich für medizinische und organisatorische Belange (z.B. DMP-Erinnerung) per E-Mail kontaktieren.

HINWEISE

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis per E-Mail kontaktieren darf. Etwaige Risiken des Nachrichten- / Befundversandes auf diesem Weg gehen nicht zu Lasten des Versenders.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegensprechen.

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

WEITERGABE AN ANGEHÖRIGE / PERSONEN

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

1.

2.

3.

Ort / Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters