

Guten Tag, lieber Patient!

Sie sind heute zum ersten Mal bei uns, deshalb bitten wir Sie um folgende Angaben.

Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Doktores

**Peter Rösch
Martina Bieringer
Katrin Schwaiger**

Fachärzte für
Allgemeinmedizin & Innere Medizin

Wallensteinstraße 26 · 90439 Nürnberg
Telefon (09 11) 61 48 86 · Fax 61 49 66
www.dr-roesch.de

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer

Telefon privat

Geschäft

Familienstand

Berufliche Tätigkeit

Arbeitgeber

Haben Sie ernsthafte Vorerkrankungen, wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente zur Blutgerinnung ein (z.B. Aspirin, Marcumar), wenn ja, welche?

Liegt eine Allergie gegen Medikamente vor, wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Heuschnupfen

nein

ja

Möchten Sie ihren aktuellen Impfstatus überprüft haben

nein

ja

Möchten Sie für die Gripeschutzimpfung angeschrieben werden

nein

ja

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? Empfehlung

Internet

Gelbe Seiten

Sonstiges

Ich komme als Vertreterpatient von Dr.

Name und Adresse Ihres alten Hausarztes

Altbefund-Anforderung vom alten Hausarzt

nein

ja

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Doktores

Peter Rösch
Martina Bieringer
Katrin Schwaiger

Fachärzte für
Allgemeinmedizin & Innere Medizin

Wallensteinstraße 26 · 90439 Nürnberg
Telefon (09 11) 61 48 86 · Fax 61 49 66
www.dr-roesch.de

Name

Vorname

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der Praxis Dres. Rösch/Bieringer/Schwaiger meine Praxisdaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis kann ich jederzeit verlangen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen kann. Dies betrifft im Einzelnen Informationen über:

1. den Umfang und die Art meiner Daten
2. die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
3. die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

1. mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten und Leistungserbringern (Kliniken usw.) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
2. mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte / Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise:
 - mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und OP-Centren
 - Labor/Speziallabor zur Bestimmung labormedizinischer Parameter
 - Kassenärztliche Vereinigung
 - Krankenkassen/private Krankenversicherungen
 - Medizinischer Dienst, Sozialgerichte, Versorgungsämter
 - Ärztekammer
 - Apotheken

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Nürnberg, den

Unterschrift
