

Herzlich Willkommen in der Hausarztpraxis

Dr. Steiner/ Dr. Hohe/ Dr. Linsenmeyer

Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Postleitzahl: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

Ehemaliger Hausarzt: _____

Um Sie etwas besser kennen zu lernen, bitten wir Sie, folgende Fragen zu Ihrem Gesundheitsstatus zu beantworten

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Familie bekannt? Bitte kreuzen Sie an!

Rücken/Gelenkserkrankung

Magen-Darm

Blase/Niere

Hauterkrankung

Herz-Kreislaufkrankung

Lungenerkrankung

Stoffwechselerkrankung

Krebserkrankung

Sonstige: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn Ja welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Mo	Mi	Ab	Na

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein

Leiden Sie an Allergien? Wenn Ja, welche? _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Name: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten oder Laboren eingeholt werden dürfen
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabor ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
- Ich wurde darüber informiert und willige ein, dass die Hausarztpraxis Kaisheim personenbezogene und behandlungsbezogene Daten von mir zu Zwecken der Behandlung/Weiterbehandlung durch andere Ärzte auf elektronischem Weg mit CGM ALBIS versenden darf. Das Praxispersonal darf meine elektronischen Daten erstellen, auslesen und verändern. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in CGM ALBIS erfasst sind. Diese Daten werden als eARZTBRIEF übertragen. Dieser Dienst ist für mich kostenfrei.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner persönlichen 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.

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

Person 1: _____

Person 2: _____

Person 3: _____

Ort, Datum

Unterschrift