

Patientenaufnahme

Krankenkasse: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

Arbeitgeber: _____ Tel.: _____

Beruf: _____

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? (Name und Telefon)

Wem darf Auskunft erteilt werden? (Name und Telefon)

Wer darf Rezepte und Unterlagen abholen? (Name)

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitte ich um folgende Angaben:

	ja	nein
Befinden Sie sich in ständiger ärztlicher Behandlung?	☐	☐
Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten:		
• Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	☐	☐
• Heuschnupfen	☐	☐
• Herz- und Kreislaufbeschwerden	☐	☐
• Diabetes mellitus	☐	☐
• Gelbsucht, Lebererkrankungen	☐	☐
• Tuberkulose	☐	☐
• Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
• Rheuma	☐	☐
• sonstiges _____	☐	☐

	ja	nein
Haben Sie eine:		
• Patientenverfügung	☐	☐
• Vorsorgevollmacht	☐	☐
• Betreuungsverfügung	☐	☐

Operationen? ☐ ja ☐ nein
wenn, ja welche? _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein
wenn, ja welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft ? _____ Monat ☐ Ungewiss ☐ ja ☐ nein

Bekannte Allergien (Medikamente, Nahrungsmittel)? ☐ ja ☐ nein
wenn, ja welche? _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Datum

Unterschrift

Hausarztpraxis

Dr. med. Margit Kollmer

FÄ f. Allgemeinmedizin

Marktplatz 38 • D-84149 Velden

Tel. 08742/8153 • Fax 08742/1586

69/8034200

**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 v SGB V**

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist:

**Hausarztpraxis
Dr. med. Margit Kollmer
Marktplatz 38
84149 Velden**

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlichen Vertreters)