

## Patienten-Fragebogen (beidseitig!!!)

### (Aufnahme bzw. Datenaktualisierung und Schweigepflicht)

Name, Vorname		Geb.-Datum	
PLZ Ort	Straße Nr.		
Tel. (tagsüber)	<b>Bitte geben Sie unbedingt eine Telefonnummer an, unter der Sie auch persönlich ERREICHBAR sind!</b>		
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> Kosten Erstattung	<input type="checkbox"/> gesetzlich vers.
Beruf	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> krank geschrieb.	<input type="checkbox"/> berentet

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? (**nur für NEUE Patienten**)

Diabetes mellitus:	Bluthochdruck:
Schilddrüsenerkrankung:	Asthma bronchiale / COPD:
Lebererkrankung:	Herzerkrankungen:
Nierenerkrankung:	Durchblutungsstörungen:
Erhöhte Blutfettwerte:	Krampfadern:
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht):	Krebserkrankungen: Wenn ja, welche?
Sonstige Erkrankungen:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?	
Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, welche?	
Wegen welcher Beschwerden suchen Sie unsere Praxis auf?	

**BITTE UNBEDINGT RÜCKSEITE BEACHTEN!!!**

## **Einverständniserklärung zur gemeinsamen Nutzung von Patientendaten in der Gemeinschaftspraxis**

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, dass meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Die Information über die Erhebung personenbezogener Daten habe ich erhalten.

Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Bei Minderjährigen Patienten Unterschrift des gesetzlichen Vormunds)

## **Einverständniserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

Aus Gründen des Datenschutzes ist es uns **nicht** gestattet Informationen an Dritte, dies schließt auch Verwandte ersten Grades ein, weiterzugeben.

Sie können uns auf eigenen Wunsch schriftlich von der Schweigepflicht entbinden.

**Die Schweigepflichtsentbindung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.**

Ich \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

**(BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN UND NICHTZUTREFFENDES DURCHSTREICHEN!!!)**

bin damit einverstanden

- dass meine Daten und medizinischen Unterlagen an andere Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeheime weitergegeben werden, wenn es für meine weitere Behandlung sinnvoll oder erforderlich ist
- dass Rezepte für die mir verordneten Medikamente an eine von mir benannte Apotheke per Fax, per Post, oder persönlich übermittelt werden

Name und Ort der Apotheke \_\_\_\_\_

- dass folgende Personen eine ‚**eingeschränkte Schweigepflichtsentbindung**‘ erhalten:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Die ‚**eingeschränkte Schweigepflichtsentbindung**‘ umfasst konkret:

- Bestellung und Abholung von Rezepten für in Dauermedikation oder nach tel. Absprache verordnete Medikamente oder Überweisungen
- Entgegennahme von Unterlagen (im verschlossenen Umschlag)
- Vereinbaren von Terminen und Auskünften bezüglich Terminen und Terminverschiebungen

- dass folgende Personen eine ‚**vollständige Schweigepflichtsentbindung**‘ erhalten:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Die ‚**vollständige Schweigepflichtsentbindung**‘ umfasst konkret:

- **alle** in der Patientenakte enthaltenen Informationen

**BITTE BEACHTEN SIE, DASS DIE GENANNTEN PERSONEN SICH GGF. AUSWEISEN MÜSSEN**

Konz, den \_\_\_\_\_ Unterschrift (bzw. Unterschrift gesetzl. Vormund): \_\_\_\_\_

entgegen genommen: HZK intern \_\_\_\_\_