

Patientenaufnahme

Krankenkasse:

Nachname, Vorname:

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten:		
• Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herz- und Kreislaufbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gelbsucht, Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sonstiges <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Haben Sie eine:		
• Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

Datum

Unterschrift

**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)