|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Anschrift:** |  |
| **Kontakt:** |  |
| **Beruf:** |  |
| **Hausarzt:** |  |

 **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Es ist uns wichtig, wenn wir einige Informationen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes und/oder Medikamentenunverträglichkeiten bekämen und bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen zu beantworten und sie dann gemeinsam mit der beiliegenden Einwilligungserklärung zur Erhebung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. I b SBG V durch den Facharzt, an der Anmeldung abzugeben.

 (bitte zutreffendes ankreuzen)

**Gibt es Medikamentenunverträglichkeiten/Allergien ? (Ja ) / (Nein)
Wenn ja, welche ?**

**Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ? (Ja ) / (Nein)
Wenn ja, welche ? (z.B. Plavix, Marcumar, Godamed, Xarelto, Aspirin) ?**

**Haben Sie Magenprobleme ? (Ja ) / (Nein)**

**Haben Sie Nierenprobleme ? (Ja ) / (Nein) Steinleiden, Nierenfunktionsstärungen)?**

**Haben Sie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)? (Ja ) / (Nein)
Wenn ja, nehmen Sie Tabletten oder Insulinspritzen?**

**Hatten Sie/oder besteht eine Hepatitis-, Tuberkulose-oder
HIV-Infektion? (Ja ) / (Nein)**

**Haben Sie einen Herzschrittmacher ? (Ja ) / (Nein)**

**Besteht eine Schwangerschaft ? (Ja ) / Nein)**

Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter

Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Mustermann, Musterstraße, 12345 Musterstadt, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ich wurde informiert über den Umfang und die Art meiner Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

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

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters