



Datenschutzvereinbarung

Vielen Dank, dass Sie sich zur Behandlung in unserer Praxis entschieden haben. Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung einiger Fragen:

Patientenangaben:

Name: Vorname:.....

Geburtsdatum: ggf. Beruf:.....

Straße, Hausnr: Ort:

Telefon (privat): Telefon (mobil):

E-Mail: Krankenkasse:.....

Größe:cm Gewicht:kg

Raucher: Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Woran wurden Sie schon operiert und wann?

Ich möchte an fällige Impfungen/Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden: Ja nein

Leiden oder litten Sie unter:	Ja	Seit wann	Nein	weiß nicht
Zuckerkrankheit?				
Grüner Star?				
Bluthochdruck?				
Asthma?				
Herzinfarkt?				
Lebererkrankungen?				
HIV?				
Medikamentenallergie?				
Allergie auf?				
Epilepsie?				
sonstige Erkrankungen?				



Durch meine Unterschrift erkläre ich mich mit folgenden Punkten einverstanden:

- *Befundübermittlung an Hausarzt/überweisende Ärzte*
- *Befundübermittlung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten*
- *Übermittlung von Patientendaten an Labore*
- *Benachrichtigungen bzgl. Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen*
- *Übermittlung von Daten an die Krankenkasse, Versicherungen und Versorgungsamt*

Die auf der Vorderseite gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Eingangsbereich sowie im Wartezimmer informiert.

Bei den Zäunen 2 · 86420 Diedorf
☎ 08238 - 20 10 · 📠 08238 - 20 06
www.gemeinschaftspraxis-diedorf.de

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertr.