



## Persönliche Daten

_____ Name/Vorname	_____ Geb. Datum
_____ Straße / PLZ / Ort	_____ Telefon / Mobil
_____ Email (freiwillige Angabe)	_____ Beruf (freiwillige Angabe)
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg

**Medikamentenplan:**

Medikament: _____	Dosierung: _____
Medikament: _____	Dosierung: _____
Medikament: _____	Dosierung: _____
Medikament: _____	Dosierung: _____

### Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass:

mein Arzt Behandlungsunterlagen, Verordnungen, Befunden bei anderen Ärzten o.ä. zum Zwecke der Dokumentation und zur weiteren Behandlung von mir anfordern darf.

mein Arzt Behandlungsunterlagen, Verordnungen, Befunden o.ä. von mir zur Weiterbehandlung an andere Ärzte / Leistungserbringer übermitteln darf.

mein Arzt Rezepte, Überweisungen, Befunde und weitere Formulare von mir/für mich an die von mir angegebene Adresse bzw. Apotheke faxen darf, auch per Emailversand.

mein Arzt meine Daten (u.a. Diagnosen, Medikamente, Notfalldaten etc.), nach Rücksprache mit mir, auf die ePA (= elektronische Patientenakte) übertragen und die eAu versenden darf.

Sollte ich den Arzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Arzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Arzt anfordern darf.

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

_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift des Patient / gesetzlichen Vertreters
---------------------	-------------------------------------------------------------

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

### Vorerkrankungen (nur für Neupatienten zum Ausfüllen zusätzlich)

Herzinfarkt:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Thrombose:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheuma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien / Unverträglichkeiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche:	_____	
Medikamentenplan:	_____ _____							
Operationen:	_____ _____							
Jetzige Beschwerden:	_____							