



Persönliche Angaben

Name	Vorname	Angehöriger/Kind		Geburtsdatum
PLZ	Ort	Strasse	Hausnr.	Telefon
Beruf (Arbeitgeber)	Beihilfe: %/nein		Versicherung	
				Hausarzt

Wichtige Erkrankungen oder Verletzungen			
Operationen / Kunstgelenke oder Implantate			
Ernstere Infektionskrankheiten	Hepatitis <input type="radio"/> Typ: _____	Tbc <input type="radio"/>	Meningitis <input type="radio"/>
Diabetes mellitus Typ I/II	MRSA <input type="radio"/>	HIV <input type="radio"/>	andere _____
Herzschrittmacher	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Insulin <input type="radio"/>	Tabletten <input type="radio"/>
Schwangerschaft	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Unklar <input type="radio"/>	Röntgen nur im Notfall!
Allergien/Unverträglichkeiten gegen Tabletten/Spritzen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche Wirkstoffe/Reaktionen:	
Asthma	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>		
Magen-/Darmgeschwüre oder -blutungen	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>		
Magenschutzmittel	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche?	
Dauermedikamente	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche?	
Antidepressiva	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Welche?	
Kortisoneinnahme	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	_____ mg	
Gerinnungshemmer/NOAK	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	ASS <input type="radio"/> Marcumar <input type="radio"/> Pradaxa <input type="radio"/>	
		Eliquis <input type="radio"/> Xarelto <input type="radio"/> andere _____	
Achtung: Verkehrsuntüchtigkeit	Bitte führen Sie kein Fahrzeug, wenn Sie eine Spritze oder Schmerz-/Betäubungsmittel erhalten haben!		

Kennnissnahme des DSGVO-Datenschutzes und Einverständnis zur Datenübermittlung gem. § 73 Abs. 1 b SGB V und § 201 SGB VII

Die DSGVO-Datenschutzhinweise konnte ich an der Garderobe oder auf unserer Internetseite einsehen.

Ich bin **einverstanden**, dass mich betreffende Behandlungsdaten, Berichte und Befunde von anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation, der zu erbringenden ärztlichen Leistungen und weiteren Behandlungen **angefordert, verarbeitet und genutzt werden dürfen**.

Ich bin **einverstanden**, dass mich betreffende Behandlungsdaten an anfordernde Ärzte, das Labor, Krankenkassen, Versicherungen, (Versorgungs-/Gesundheits-)Ämter, Berufsgenossenschaften oder Behörden, z.B. Dienstunfall- und Beihilfestellen, Arbeitsagenturen etc., andere Leistungs-, Heil- und Hilfsmittelerbringer wie Physiotherapeuten, Orthopädietechniker, Masseur, Apotheker (bei Abstimmungsfragen) **übermittelt werden dürfen**.

Ich bin **einverstanden**, dass ich an Vorsorge-/Kontrolluntersuchungen, Impfungen etc. erinnert werde und ärztliche Berichte, Befunde oder Behandlungsdaten an mich oder oben Genannte ggf. auch per folgender **Emailadresse** _____ übermittelt werden.

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen. **Nichtgewünschtes bitte streichen!**

Herzogenaurach, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters