

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
PLZ/Wohnort/Straße	
Telefonnummer privat Mobil-Nummer	
E-Mail-Adresse	

Einwilligung zur Verarbeitung/Übermittlung von Patientendaten

1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mein o.g. Vertragsarzt/Psychotherapeut mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (z.B. Krankenhäuser, Pflegedienste) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

Hausarzt oder Facharzt:

Name/Ort: _____

Haben Sie einen HZV-Vertrag? Ja Nein

2. Berechtigung Dritter (optional)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgend benannte Dritte (z.B. Angehörige/Lebenspartner/Sonstige Berechtigte oder Krankentransportunternehmen/Fahrdienst) bestimmte personenbezogene Behandlungs- oder Befunddaten und/oder Verordnungen durch den oben genannten Vertragsarzt/Psychotherapeut übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, so dass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für **folgende Person/en**:

Mir ist bewusst, dass von o.a. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, insofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von den med. Leistungserbringern

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Name, Vorname	
Körpergröße/Gewicht:	cm kg
Was ist (oder was war) Ihr Beruf?	
Tragen Sie orthopädische Einlagen?	<input type="checkbox"/> Ja (Wie alt sind diese?) <input type="checkbox"/> Nein
Treiben Sie regelmäßig Sport/Gymnastik/ Bewegung?	Wenn ja, was?
<p>Leiden Sie an chronischen Erkrankungen wie z.B.</p> <p><input type="checkbox"/> Bluthochdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Typ I</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes Typ II</p> <p>Insulingpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> Thrombose</p> <p><input type="checkbox"/> Embolie</p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporose</p> <p><input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung</p> <p>Welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Psych. Erkrankungen?</p> <p>Welche?</p>	<p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall</p> <p><input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung</p> <p>Welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Lungenerkrankung</p> <p>Welche?</p> <p><input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankung (Krebs)</p> <p>Welche?</p> <p>Sonstige Erkrankungen?</p>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Welche? Dosierung?
Bestehen bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten?	Welche?
Besteht bei Ihnen eine rheumatische Grunderkrankung?	Wenn ja, welche Form? Seit wann? Wer ist der behandelnde Rheumatologe?