



Persönliche Angaben

Name	Vorname	Angehöriger/Kind	Geburtsdatum
PLZ	Ort	Strasse	Hausnr.
Beruf (Arbeitgeber)		Hausärztin/Hausarzt	Versicherung

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

Kenntnisnahme 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, 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.
(Streichen Sie bitte Nichtgewünschtes)

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen.

Herzogenaurach, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters