



## Persönliche Angaben

|       |             |                                    |         |              |
|-------|-------------|------------------------------------|---------|--------------|
| Name  | Vorname     | Angehöriger/Kind                   |         | Geburtsdatum |
| PLZ   | Ort         | Strasse                            | Hausnr. | Telefon      |
| Beruf | Arbeitgeber | Versicherung/Beihilfe/Selbstbehalt |         | Hausarzt     |

|  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
| Wichtige Erkrankungen oder Verletzungen                |   |  |                                  |
| Operationen / Kunstgelenke oder Implantate             |   |  |                                  |
| Ernste Infektionskrankheiten                           | Hepatitis <input type="radio"/> Typ: _____  | Tbc <input type="radio"/>  | Meningitis <input type="radio"/> |
| Diabetes mellitus Typ I/II                             | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>   | Insulin <input type="radio"/>  | andere _____                     |
| Herzschrittmacher                                      | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>   |  | Tabletten <input type="radio"/>  |
| Schwangerschaft  | Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>   | Unklar <input type="radio"/>   | <b>Röntgen nur im Notfall!</b>   |
| 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 _____               |                                  |
| <b>Achtung: Verkehrsuntüchtigkeit</b>                  | <b>Wenn Sie eine Spritze, Schmerz-, Betäubungs- oder Beruhigungsmittel erhalten haben oder einnehmen, sind Sie verkehrsuntüchtig!</b> |  |                                  |

### 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