

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Krankenkasse:	
PLZ/Wohnort/Straße:	
Telefonnummer privat:	
Telefonnummer mobil:	
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, Labor 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): _____

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.

ja nein

4. Haben Sie einen HZV-Vertrag bei einem anderen Allgemeinmediziner bzw. alter Hausarzt?

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.

ja nein

Hinweis: Falls Sie bei einem anderen Hausarzt in der Hausarztzentrierten Versorgung gebunden sind, können bei einem anderen Hausarzt keine Leistungen beansprucht werden, sofern der Vertrag nicht aufgekündigt ist. Die entstandenen Kosten werden Ihnen in diesem Fall privat in Rechnung gestellt. Dies gilt auch bei Verschweigen oder Unklarheit, ob ein solcher Vertrag in der Vergangenheit zustande gekommen ist. In diesem Fall vergewissern Sie sich bitte vorher telefonisch direkt bei Ihrer Krankenkasse.

HERZLICH WILLKOMMEN

Name, Vorname	
Körpergröße/Gewicht:	cm kg <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> abgenommen <input type="checkbox"/> zugenommen
Was ist (oder was war) Ihr Beruf?	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	Wenn ja, was?
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> keine nennenswerten <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung/Welche? <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/Welche? <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Embolie <input type="checkbox"/> Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II Insulinpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung/Welche? <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Besteht bei Ihnen eine rheumatische Grunderkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Psych. Erkrankung/Welche? <input type="checkbox"/> Allergien oder Unverträglichkeiten/Welche? <input type="checkbox"/> Sars Cov 2
Familiennamense	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen/Welche? <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen
Wurden Sie operiert?	Wenn ja/Wann und welcher Art?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Welche? Dosierung?
Rauchen Sie?	Wenn ja, wieviel pro Tag:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> mäßig regelmäßig Sonstiges:
Impfungen Bitte bringen Sie beim nächsten Besuch Ihren Impfpass mit!	<input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> vollständig geimpft <input type="checkbox"/> vermutlich durchgeimpft <input type="checkbox"/> Covid Impfung