



Liebe Patientinnen und Patienten,

um uns die Arbeit zu erleichtern, möchten wir Sie freiwillig bitten die folgenden gesundheitlichen Fragen zu beantworten.

Name:

Geb. Datum:

Leiden oder litten Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Nierenfunktionseinschränkung |

Weitere Erkrankungen:

Nehmen sie Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja welche?

Allergien?

ja nein

Wenn ja welche?

Ort, Datum

Unterschrift

Schweigepflicht/Datenschutz

Name, Vorname:		Geb.-Datum:	
PLZ, Ort:		Straße, Nr.	
Tel.:		Tel. Handy:	
E-Mail:			

Schweigepflicht/Datenschutz:

- Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/ Ihrer Hausarzt/-ärztin, ggfs. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind. Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Hausarzt		Mit Bericht einverstanden	
Name	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Überweisender Arzt – (falls nicht Hausarzt)		Mit Bericht einverstanden	
Name	Ort	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

- Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten genutzt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass die Berufsausübungsgemeinschaft „Urologikum Leer“, Dr. med. Harm Diddens, Frau Katrin Schmidt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen und Institutionen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Die Berufsausübungsgemeinschaft „Urologikum Leer“, Dr. med. Harm Diddens, Frau Katrin Schmidt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort , Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift Arzt