

PATIENTEN - FRAGEBOGEN

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon (privat/mobil)

m w

SV-Nr.

Zusendung von automatischen SMS-Nachrichten für Terminerinnerung gewünscht

ja nein (Service kann jederzeit widerrufen werden)

Bestehen Allergien auf Medikamente? Wenn ja, welche?

Wesentliche frühere Erkrankungen:

Herzschrittmacher Stent Metalle im Körper

Sonstiges

Allgemeine Angaben:

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Raucher ja

nein

Wenn ja, wieviel? _____ Stk./Tag

Alkohol ja

nein

selten / gelegentlich / regelm. / tägl.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche, Dosis, wann?

Info lt. DSGVO: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass medizinische Unterlagen, wie Befunde, Überweisungen, Rezepte, Verordnungen, etc. bis auf Widerruf auch an folgende Personen ausgegeben werden dürfen:

Name _____ Geb. Datum: _____

Info lt. DSGVO: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Befund über eine gesicherte Datenverbindung an den überweisenden Arzt gesendet wird (Service kann jederzeit widerrufen werden) ja nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten