

Silvia Wolf
Fachärztin für Innere Medizin
Lungen- und Bronchialheilkunde
Allergologie und Schlafmedizin



61231 Bad Nauheim
Küchlerstraße 6
Telefon: 06032-8045110
Telefax: 06032-8045114

Damit ihre Daten in unserem System richtig erfasst sind, möchten wir Sie bitten uns dieses Formular ergänzend auszufüllen. Selbstverständlich fallen Ihre Angaben unter die ärztliche Schweigepflicht. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

NAME, VORNAME: _____ **BERUF:** _____

TELEFON: _____ **/MOBILTELEFON:** _____

HAUSARZT: _____

1. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? (wichtig auch Medikamente zur Inhalation (Sprays))

	morgens	mittags	abends
Präparat:	_____	_____	_____
Präparat:	_____	_____	_____
Präparat:	_____	_____	_____
Präparat:	_____	_____	_____
Präparat:	_____	_____	_____
Präparat:	_____	_____	_____
Präparat:	_____	_____	_____

2. Wegen welcher Beschwerden sind Sie heute hier und wann treten diese auf?

3. Treten bei Ihnen mehr als 2x jährlich Infekte der Atemwege auf?

4. Welche Grunderkrankungen sind bei Ihnen bekannt (z. B. Diabetes, Bluthochdruck)?

5. Waren sie in den letzten 2 Jahren stationär in einem Krankenhaus? Wenn ja, welches Krankenhaus und warum?

6. Wann und wo erfolgte die letzte Röntgenaufnahme der Lunge?

.....
Bad Nauheim, den

.....
Unterschrift

Dres. Kleinschmidt, Ehnert
Berufsausübungsgemeinschaft
für hausärztlich/internistische
Versorgung
S. Wolf
Fachärztin für Innere Medizin
Lungen und Bronchialheilkunde



61231 Bad Nauheim
Küchlerstraße 6
Telefon: 06032-804510
Telefax: 06032-8045114

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

durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenversicherung

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt 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 sind verpflichtet, die Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Befunde und erhobene Behandlungsdaten in Form eines Arztbriefes an meinen Hausarzt, den Überweiser oder einen Klinikarzt im Zuge einer erforderlichen Behandlung weitergibt.
Diese Informationen dürfen nur zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet werden.
Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

☐ Desweiteren bin ich mit der Übermittlung meiner Daten an ein externes Labor einverstanden, wenn dies im Zuge von Laboruntersuchungen im Sinne meiner Behandlung erforderlich werden sollte.

Diese Einverständniserklärung ist ab dem heutigen Tage befristet für die nächsten 5 Jahre gültig.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten