

Anamnesebogen für gesetzlich Versicherte



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs.1bSGBV

Ihre Daten unterliegen der Schweigepflicht. Bezüglich der Datenverarbeitung gemäß aktueller Datenschutzrichtlinie bitten wir Sie, sich bei Interesse auf unserer Homepage oder am Empfang (laminierte Infozettel) zu informieren.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ, Stadt)

Telefonnummer

Emailadresse

Ich erkläre mich hiermit einverstanden,

- dass meine behandelnden Ärzte/Ärztinnen im Neurozentrum meine Daten an das zuständige Labor weitergeben dürfen
- dass meine behandelnden Ärzte/Ärztinnen im Neurozentrum mich betreffende Untersuchungs-/Behandlungsdaten und Befunde beim überweisenden Hausarzt und sonst behandelnden Ärzten anfordern dürfen
- dass ich ggf. mit der Kontaktaufnahme oder dem Zusenden behandlungsbezogener oder medizinischer Daten per Email einverstanden bin

Hausarzt: _____

Gibt es eine Vertrauensperson, die von uns Informationen erhalten darf? Ja ☐ (s.u.) Nein ☐

Folgende(r) Person(en) erteile ich eine Schweigepflichtentbindung:

Aufgrund welcher Beschwerden (neurologisch/psychiatrisch) sind Sie bei uns?

Name der aktuell eingenommen Medikamente: _____

Besteht aktuell Arbeitsunfähigkeit? Ja ☐ (wenn ja, seit wann? _____) Nein ☐

Größe:

Gewicht:

Beruf:

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben, sowie Kenntnisnahme und Einverständnis gemäß o.g. und aktueller Datenschutzrichtlinie! Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum, Unterschrift