

Sehr geehrte Patienten,

wir bitten Sie zur Vervollständigung unserer Patientenakte folgenden Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, wenden Sie sich an uns.

Name:	Vorname:	geb:.....
Straße + Hausnummer:		
PLZ:.....	Wohnort:	
Tel. (Privat):		Mobil:
E-Mail:		
Beruf:		
Um die Belastung der Hände einschätzen zu können		
Krankenkasse:.....		

Leiden Sie an Allergien (z.B. auf Pflaster oder Medikamente)? ☐ ja / ☐ nein

- Wenn ja, welche:

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein ? ☐ ja / ☐ nein

- Wenn ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja / ☐ nein

- Wenn ja, welche:.....
.....

Wenn zutreffend bitte ankreuzen!

Leiden Sie an einer der nachfolgenden Erkrankungen?

- HIV ☐
- Hepatitis A/B/C(Gelbsucht) ☐
- Asthma ☐
- Nierenerkrankungen ☐
- Rheuma ☐
- Diabetes ☐
- Chron. Darmerkrankung M. Crohn ☐ Colitis ulcerosa ☐
- Sonstige Erkrankungen
-

Medizinische Befunde dürfen verschlüsselt an die oben genannte E-Mail-Adresse geschickt werden.

Unterschrift des Patienten:

Bitte wenden



Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich, _____ bin damit einverstanden, dass
Name, Vorname

- die Praxisklinik Handchirurgie Wasserburg, Dr. med. Jörg Witthaut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt, unten aufgeführten anderen Ärzten oder Therapeuten zur führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an unten genannte Ärzte telefonisch, per Post, Fax und E-Mail übermittelt.
- die Praxisklinik Handchirurgie Wasserburg, Dr. med. Jörg Witthaut bei meinem Hausarzt, anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der Praxisklinik Handchirurgie Wasserburg Dr. med. Jörg Witthaut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- meine in der ambulanten Sprechstunde der Praxisklinik Handchirurgie Wasserburg Dr. med. Jörg Witthaut erhobenen persönlichen Daten sowie meine ambulante Patientenakte digital in das Computersystem des MVZ/Abteilung Anästhesie Wasserburg am Inn abgespeichert und geführt werden. Dies beinhaltet auch meine Röntgenbilder, welche mit Geräten der RoMed Klinik Wasserburg am Inn erstellt und im PACS-System abgespeichert und geführt werden.

Vor-, Nachnamen sowie Ort der Ärzte angeben:

Mein Hausarzt ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Wasserburg, _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des
gesetzlichen Vertreters

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.