

## Patientenaufnahmebogen

Wir bitten Sie den Bogen vollständig auszufüllen

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:      Männlich       Weiblich       Divers

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit/Beruf: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Weitere Angaben zur ärztlichen Untersuchung

Aktueller Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operationen (zB. Frakturen, Hüft-, Knie TEP..): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Herzschrittmacher, Implantate: \_\_\_\_\_

Arbeits-/Wegeunfall (bezogen auf aktuellen Vorstellungsgrund): Ja  Nein



## **Schweigepflichtentbindung gegenüber Angehörige**

Liebe Patientin, lieber Patient,

aus Gründen des Datenschutzes, dürfen wir nicht ohne Ihre Einwilligung Auskunft oder Befundmitteilung an Ihre Angehörige weitergeben. Sollte dies aber von Ihnen **gewünscht** werden, haben Sie die Möglichkeit Ihren behandelnden Arzt von der Schweigepflicht gegenüber des/der genannten Angehörigen zu entbinden.

- 
- Keine Weitergabe an Angehörige gewünscht
- 
- Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an folgende Angehörige weitergibt, sofern deren Identität geklärt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen      Telefonnummer      Geburtsdatum oder Adresse

---

---

---

Datum, Ort

---

Unterschrift Patient

**Einwilligungserklärung nach DS-GVO und zur Entbindung von  
der Schweigepflicht des AGAPLESION MEDIZINISCHES  
VERSORGUNGSZENTRUM EV. KRANKENHAUS MITTELHESSEN gGmbH**

**Interne Datenverarbeitung**

Es ist erforderlich, dass medizinisch, nichtärztliche Mitarbeiter auf Ihre Patientendaten, bspw. für die Aufnahme und Dokumentation, zugreifen können. Innerhalb eines MVZ kann zudem aufgrund von ärztlichen Abwesenheiten bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung oder sonstigen organisatorischen Gründen nicht immer gewährleistet werden, dass Sie derselbe Arzt behandeln wird. Außerdem kann es aufgrund Ihres Krankheitsbildes vorkommen, dass Sie auch Ärzte einer anderen Fachrichtung innerhalb eines MVZ aufsuchen werden. Ich habe die ausliegenden Hinweise zur Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden.

**Ja    Nein    Hinweis**

- |                          |                          |     |   |
|--------------------------|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (C) | Einverständnis zur Datenübermittlung vom Haus- bzw. vor-/weiter-/nachbehandelnden Ärzten an das MVZ.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (C) | Einverständnis zur Datenübermittlung vom MVZ an den Haus- bzw. vor/weiter/nachbehandelnden Ärzten   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (D) | Ich wurde bereits in einem Krankenhaus bzw. anderen MVZ des AGAPLESION-Verbundes behandelt und erteile hiermit mein Einverständnis, das auf meine bestehenden Patientendaten zugegriffen werden darf. |

Die Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft wiederrufen kann (F).

**Patientendaten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

- 
- Ich benötige keine Kopie dieser Einwilligungserklärung