



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..): _____

Herzschrillmacher, 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 widerrufen kann (F).

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Ort, Datum

Unterschrift

☐ Ich benötige keine Kopie dieser Einwilligungserklärung