

ANMELDEBOGEN Praxis Dr. Herold und Matuschek

Ich bin vollständig geimpft = 14 Tage nach einer Zweitimpfung:

Ich habe ein Boosterimpfung:

In bin genesen = 28 Tage bis maximal 6 Monate nach einem positiven. PCR Test:

Ich bin von einem zugelassen Testzentrum negativ getestet worden:

Bitte Impfausweis und negativen Test vorlegen

Name : _____ » Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname und Geburtsdatum des Hauptversicherten:

Name der Krankenkasse: _____

Normaltarif: Basistarif: Standardtarif:

Wohnort mit PLZ: _____ Strasse: _____

Telefon: _____ Email: _____ Beruf: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Medikamente: _____

Inhalatoren/Sprays: _____

Allergien/Heuschnupfen/Unverträglichkeiten (wenn ja, welche?)

Raucher: Zigaretten pro Tag: _____ seit ___ Jahren

Röntgen der Lunge: Wann und wo? _____

Vorerkrankungen/Operationen/Infektionskrankheiten: _____

Name vom Hausarzt: _____

Adresse vom Hausarzt: _____

Über die Patienteninformation zum Datenschutz (EU-Datenschutz-Grundverordnung) wurde ich informiert.

Wiesbaden, den _____ Unterschrift _____

Pneumologische Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Jürgen Herold und David Matuschek

Frankfurter Straße 22

65189 Wiesbaden

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich weiter behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Informationsweitergabe an Angehörige (freiwillige Angabe):

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Informationen an meine folgenden Angehörigen weitergeben darf, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

1. Name des Angehörigen:
2. Tel.-Nr.:
3. Geburtsdatum oder Adresse

4. Name des Angehörigen:
5. Tel.-Nr.:
6. Geburtsdatum oder Adresse

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)