

Name Vorname

PLZ Ort Straße / Hausnummer

Telefon Geburtsdatum Krankenkasse / Krankenversicherung

Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift der/des Hauptversicherten

Nur von Privatpatienten auszufüllen:

Versicherung: Post B KVB I-III Knappschaft A II S sonstige Versicherung

Wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre geröntgt?

ja nein

Wenn ja, wo, wann und welcher Körperteil / welches Organ?

Wurden Sie nuklearmedizinisch untersucht (Schilddrüsen- oder Knochenszintigraphie)?

ja nein

Wenn ja, wann, wo und was für eine Szintigraphie?

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Strahlentherapie durchgeführt? (z.B. nach Krebstherapie)

ja nein

Wenn ja, wann, wo und was für eine?

Nur für Knochendichtemessung:

Körpergewicht: Körpergröße:

Nur von Patientinnen auszufüllen:

Liegt bei Ihnen zurzeit eine Schwangerschaft vor?

ja nein

Wenn nein, haben Sie eventuell vor kurzem entbunden und stillen Sie Ihr Kind noch?

ja nein

Datum Unterschrift Patient/in (bei unter 18-jährigen des Erziehungsberechtigten oder seines Vertreters)

Datenschutzhinweis

Wie in jeder Arztpraxis werden auch bei uns vertrauliche Daten erhoben und gespeichert. Wir sind uns der damit verbundenen hohen Verantwortung bewusst. Deshalb halten wir uns streng an die gesetzlichen Regelungen, insbesondere an das Bundesdatenschutzgesetz.

Grundsätzlich übermitteln wir nur dann Daten, wenn ein Gesetz dieses erlaubt oder vorschreibt oder wenn Sie dieser Übermittlung zugestimmt haben.

Im Regelfall hat Sie Ihr behandelnder Arzt zu uns in unsere Gemeinschaftspraxis überwiesen, um eine bestimmte Untersuchung durchführen zu lassen. Im Rahmen unserer Mit- und Weiterbehandlung gehen wir im Rahmen der Erforderlichkeit davon aus, dass Sie zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung damit einverstanden sind, dass wir die Untersuchungsergebnisse und den Arztbrief Ihrem behandelnden Arzt übermitteln. Sollte dies nicht der Fall sein, bitten wir Sie dies explizit auf diesem Bogen zu vermerken.

Datum

Unterschrift

Schweigepflichtsentbindung

Keine Praxis kann das gesamte IT-technische Know-how vorhalten, das für den Betrieb und die Wartung der heutigen technisch hochkomplexen Untersuchungsgeräte erforderlich ist. Um Sie mit den erforderlichen Geräten untersuchen zu können, bitten wir Sie um folgende Zustimmung:

Alle Mitarbeiter und Dienstleister sind zur strengsten Verschwiegenheit und auf das Datengeheimnis verpflichtet worden. Bei der Tätigkeit der IT-Spezialisten ist es nicht zu 100 Prozent auszuschließen, dass sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben Kenntnis von einzelnen Patientendaten nehmen könnten, die sich auf den Geräten befinden.

Für diese möglichen Einzelfälle entbinde ich meine Ärzte von der gesetzlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift