

Name:	Vorname:
Telefon:	Geburtsdatum:
Mobil:	E-Mail:
Beruf:	

Gesetzlich versichert	☐ Ja	Gebührenbefreiung	☐ Ja (bis _____)
Privat versichert	☐ Ja	Beihilfeversicherung	☐ Ja
Stationäre Zusatzversicherung	☐ Ja	BG-Versicherungsfall	☐ Ja

Ihr Hausarzt:	Brief an weitere Ärzte gewünscht?
Regelmäßige Medikamente	☐ Ja (Bitte Medikamentenplan vorlegen) ☐ Nein
Blutverdünnende Medikamente	☐ Marcumar ☐ ASS ☐ Sonstige ☐ Nein
Medikamentenallergie / -unverträglichkeit	☐ Ja (Bitte Allergiepass vorlegen) ☐ Nein
Dürfen wir Sie erinnern? Langfristige Kontrollen, Knochendichte oder andere Behandlungen werden leicht vergessen. Wir erinnern Sie gerne daran.	Ja, bitte erinnern Sie mich, am liebsten auf folgendem Weg: ☐ Brief ☐ Mail ☐ Anruf Ich stimme zu, dass ich an Untersuchungen / Behandlungen erinnert werden kann. Diese Einverständniserklärung kann mündlich und oder schriftlich gegenüber der Praxis jederzeit widerrufen werden.

Schweigepflichtentbindung für Angehörige und nahestehende Personen

Um Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner*in, Sohn, Tochter oder Lebenspartner*in Befunde mitteilen zu dürfen, oder diese Personen Rezepte für Sie abholen zu lassen, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung. Diese kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

☐ Medizinische Befunde oder Dokumente dürfen diesen Personen ausgehändigt werden:

1. _____
2. _____

**Wir weisen auf unseren Datenschutz und die Rechnungsverarbeitung durch PVS HAG hin.
Näheres finden Sie auf dem Aushang im Wartebereich sowie unter ocwuerzburg.de/dsgvo**



Datum:

Unterschrift:

