

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

Gesetzlich versichert	<input type="radio"/> Ja	Gebührenbefreiung	<input type="radio"/> Ja (bis _____)
Privat versichert	<input type="radio"/> Ja	Beihilfeversicherung	<input type="radio"/> Ja
Stationäre Zusatzversicherung	<input type="radio"/> Ja	BG-Versicherungsfall	<input type="radio"/> Ja

Ihr Hausarzt:	Brief an weitere Ärzte gewünscht?
Regelmäßige Medikamente	<input type="radio"/> Ja (Bitte Medikamentenplan vorlegen) <input type="radio"/> Nein
Blutverdünnende Medikamente	<input type="radio"/> Marcumar <input type="radio"/> ASS <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/> Nein
Medikamentenallergie / -unverträglichkeit	<input type="radio"/> Ja (Bitte Allergiepass vorlegen) <input type="radio"/> Nein

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 hin. Diesen finden Sie als Aushang im Wartebereich sowie unter ocwuerzburg.de/dsgvo



Datum:	Unterschrift:
_____	_____

