

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
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: <input type="radio"/> Brief <input type="radio"/> Mail <input type="radio"/> 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:

- _____
- _____

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:



D-Ärzte für Arbeitsunfälle,
Schul- und Kindergartenunfälle