

Name:				
Adresse:				
Telefon (mobil, Festnetz):				
Geburtsdatum:				
Krankenkasse:				
E-Mail:				
Freischaltung erwünscht:	Online-Terminmanagement <input type="checkbox"/>	Online-Rezeptbestellung <input type="checkbox"/>		
Arbeitgeber:				
Größe:		Gewicht:		
Allergien/Unverträglichkeiten:				
Vorerkrankungen:				
Operationen:				
Sind Sie Raucher?	nie geraucht <input type="checkbox"/>	Gelegenheitsraucher <input type="checkbox"/>		
	Raucher <input type="checkbox"/>	ehemaliger Raucher <input type="checkbox"/>		
Medikamente + Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Ich bin einverstanden von der Praxis Dr. Borgmann über anstehende Impfungen und Recalls informiert zu werden.
- Gemäß §73 1 SGB V willige ich hiermit ein, dass die Arztpraxis Dr. Borgmann Befunde bei weiteren Leistungserbringern (Facharzt, Klinik, Labor) einholt und in der Praxis Dr. Borgmann erhobene Befunde an mit/weiterbehandelnde Arztpraxen oder Kliniken auf deren Wunsch hin übermittelt. Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz (DSGVO, gem. Aushang) zur Kenntnis genommen.
- Ich bin einverstanden, dass meine Daten, Befunde, Arztbriefe an mitbehandelnde Ärzte/Labore versendet werden bzw. diese Daten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabor ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Borgmann Informationen an folgende Personen auf meinen Wunsch hin weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des/der Ermächtigten, Telefonnummer, Geburtsdatum, Adresse

Ort, Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____