

Patientenaufnahme

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie das Formular anbei auszufüllen. Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. **Vielen Dank.**

Behandelnder Arzt: Priv. Doz. Dr. M. Voigt Priv. Doz. Dr. N. Iblher

Persönliche Daten

Titel, Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Telefon (privat)

Telefon (mobil)

Krankenversicherung

Hausarzt

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Persönliche Empfehlung

Jameda

Internetseite

Google

Außenwerbung

Presse

Andere: _____

Arzt: _____

Ihr Anliegen

Allgemeine Angaben / Gesundheitszustand

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Rauchen Sie? Nein Ja

Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Woche? _____

Wenn ja, welche? _____

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

Blutgerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Narkoseunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____
Bisherige OP's	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen _____

Wir möchten Sie bitten, uns Änderungen Ihrer Angaben oder neu auftretende Erkrankungen rechtzeitig mitzuteilen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer umseitigen und obigen Angaben.

Sie erklären sich zudem einverstanden, dass Ihre Patientenakte als gemeinsame Patientenakte in der Praxisgemeinschaft Dr. Voigt und Dr. Iblher geführt wird und auch der andere ärztliche Kollege Einblick in Ihre Akte hat.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxisgemeinschaft für Plastische Chirurgie Freiburg, PD Dr. Matthias Voigt und PD Dr. Niklas Iblher meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional: Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen (per Email oder SMS) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Ihr Team der PRAXIS FÜR PLASTISCHE CHIRURGIE FREIBURG

Praxisgemeinschaft Plastische Chirurgie, Dr. Voigt und Dr. Iblher

Bismarckallee 17 | 79098 Freiburg | T +49 (0)761 - 29 28 16 81 | F +49 (0)761 - 29 22 048
info@plastische-chirurgie-in-freiburg.de | www.plastische-chirurgie-in-freiburg.de