

Allgemeinarztpraxis Eching - Dr. Stefan Leuschner
Patientenbogen

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Tel: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

Hauptversicherter (bei Familienversicherten): _____

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung bitten wir um folgende Angaben:

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen (z.B. Asthma, Bluthochdruck, Diabetes)?
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Haben Sie in den letzten vier Wochen Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche?

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten, auch z. B. gegen Medikamente? Wenn ja, welche?

Haben Sie aktuell Erkältungs-/Coronasymptome oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einem bestätigten Corona-Fall? Ja Nein

Wurden Sie bereits gegen das Coronavirus geimpft oder haben Sie bereits eine Infektion durchgemacht, wenn ja wann?

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Ja, ____ Woche Nein Ungewiss
Besteht Stillzeit: Ja Nein

Einverständniserklärung zur Überhebung und Übermittlung der Patientendaten gem.
§73 Abs. 1b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde nur zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung an andere Ärzte oder andere Leistungserbringer (z.B. Labor) übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____