

**Allgemeinarztpraxis Eching
Dr. Stefan Leuschner**

- Patientenbogen -

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Tel: _____

Krankenkasse: _____ Beruf: _____

E-Mail-Adresse: _____

Hauptversicherter (bei Familienversicherten): _____

Bisheriger Hausarzt: _____

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?

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: _____