

Fragebogen für die Videosprechstunde

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Telefon/Handy: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Allergien: _____

Medikamente: _____

Krankenversicherung /Nummer _____

Vorerkrankungen/Infektionskrankheiten: _____

Ist schon mal ein CT oder ein MRT von Kopf oder Wirbelsäule durchgeführt worden / wo und wann?

Möchten Sie, dass wir einer Bezugsperson Auskunft erteilen oder dass diese Rezepte und Unterlagen in Ihrem Namen abholen darf? Falls ja können Sie hier deren Namen aufführen:

Bitte lesen Sie unsere Hinweise zur Datenverarbeitung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) aufmerksam durch.

Zur optimalen Versorgung und lückenlosen Behandlung informieren wir in der Regel Ihren Hausarzt oder den überweisenden Arzt über die Ergebnisse der Untersuchung sowie über die Behandlung. Auch für Labordiagnostik ist die Übermittlung Ihrer Daten notwendig.

Ich bin einverstanden, dass die mitbehandelnden Ärztinnen und Ärzte über die Ergebnisse meiner Untersuchung bzw. Behandlung informiert werden. Ich bin einverstanden das meine Daten an das Labor weitergeleitet werden. Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ja _____ Nein _____

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für künftige Maßnahmen widerrufen.

Datum/Unterschrift Patient/in: _____