



Behandlervertrag

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.Nr.: _____

Mobiltelefonnummer: _____ E-mail: _____

Versicherung: gesetz. Kasse Privat

Angehörige oder gesetzlichen Betreuer (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben) demgegenüber Sie den Arzt von der Schweigepflicht entbinden (auch für die Abholung von Rezepten):

Hausarzt/überweisender Arzt:

Ich wünsche, dass der o.g. Hausarzt / überweisende Arzt über meine Behandlung / Facharztbriefe informiert wird: Ja Nein

Sie sind mit der Schweigepflichtentbindung der vorbehandelnden und weiterbehandelnden Ärzte einverstanden? Ja Nein

Ärzte: _____

Wünschen Sie eine Terminerinnerung per SMS Ja Nein

Ich möchte den Bericht postalisch per Fax per E-Mail

Die Erhebung Ihrer Daten ist selbstverständlich freiwillig. Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vereinbarten Termine einzuhalten. Mir ist bekannt, dass ich Termine rechtzeitig vorher absagen muss (Sprechstunde 24 Std.), ansonsten wird eine Ausfallpauschale von 20 € fällig.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben. Falls sich Änderungen ergeben, sind Sie verpflichtet dies der Praxis mitzuteilen.

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.

Ich habe das in der Praxis ausliegende Informationsblatt zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift

Risikofaktoren/Vorerkrankungen					o ja, siehe unten	o keine
<input type="checkbox"/> Diabetes mell.	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Cholesterinerh.	<input type="checkbox"/> Gefässerkr.			
<input type="checkbox"/> Schlaganfall (wann?):	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann?):	<input type="checkbox"/> Rauchen seit: Anzahl:	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C seit	<input type="checkbox"/> HIV seit		
o Herzinfarkt/Schlaganfall in der Familie (wenn ja, in welchem Alter)						
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung				
<input type="checkbox"/> Neurolog. Erkr.	<input type="checkbox"/> psych. Erkrank. (z.B. Depression)	<input type="checkbox"/> Abhängigkeiten	<input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankungen			
o andere:						
Allergien					o ja, siehe unten	o keine
o gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel ect.)						
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel			<input type="checkbox"/> gegen anderes		
Medikamente (alle Medikamente, die regelmässig eingenommen werden mit Einnahmezeitpunkt, Dosierung und Menge)						
o siehe Medikamentenplan		o ja, siehe unten			o keine	
<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> ASS/Aspirin	<input type="checkbox"/> Plavix/Brilique/Efient			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Xarelto/Eliquis/Lixiana			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Freiburg,

Unterschrift der Patientin/ des Patienten