

Datum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir bitten Sie, den folgenden Bogen zur Dokumentation und in Vorbereitung auf das  
persönliche Gespräch auszufüllen. Die Angaben erfolgen selbstverständlich freiwillig.

Name, Vorname, Geburtstag:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail Adresse:

Hausarzt:

Befundbericht soll außerdem zusätzlich nachrichtlich gesendet werden an:  
(z.B.Gynäkologie):

Sind Sie mit der elektronischen Weitergabe Ihrer medizinischen Daten an  
weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte zum Zwecke der Mit- und Weiterbehandlung  
einverstanden?  ja  nein

Sind Sie damit einverstanden, im Falle empfohlener Kontroll-Termine angeschrieben  
zu werden?  ja  nein

Tetanusschutz vorhanden  ja, wann  nein

Infektionskrankheiten wie Hepatitis/ HIV  ja, welche  nein

Herzschriltmacher  ja  nein

Herzklappenersatz  ja  nein

Diabetes mellitus  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente  
zur Blutverdünnung ein?  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Medikamenten-Unverträglichkeit  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Medikamenten-Allergie  ja, welche \_\_\_\_\_  nein

Unterschrift

---