Patientenerklärung

**Vorname:**

**Nachname:**

**Strasse:**

**Plz: Ort:**

**Geb.-Datum:**

Telefonnummer Privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geschäftlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer Mobil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail Adresse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hausarzt (und Adresse)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen sonstige Krankheiten? Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bei Patient**innen**: Besteht eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

**Ich bin damit einverstanden, dass alle notwendigen Daten zum vereinbarten Termin zur Terminbestätigung und - erinnerung unverschlüsselt per E-Mail oder SMS übermittelt werden. Notwendige Termindaten umfassen folgende Informationen: Datum, Uhrzeit, Grund sowie Praxisname und - adresse.**

Ja  Nein

……………………………………………………..

Hannover, den $Druckdatum# Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte

**Bitte wenden**

Anlage Notfalldatensatz

**Wir haben die Möglichkeit auf Ihrer Chipkarte einen Notfalldatensatz anzulegen.**

**Trifft eine / mehrere der folgenden Diagnosen auf Sie zu?**

Herz/Kreislauf

Gefäßerkrankungen z.B. Durchblutungsstörung,

Thrombose

Diabetes (Zucker)/Gicht

Epilepsie

Depressionen

Chronische Bronchitis, Asthma, Tuberkulose,

Lungenentzündung

Gelenkerkrankungen/Bandscheibenvorfall Muskelschwäche/Muskelerkrankungen

Tragen Sie ein Hörgerät?

Schwere Allergien

Sind sie schwanger?

Bösartige Erkrankungen z.B. Krebs

Haben Sie eine Schwerbehinderung?

Haben Sie Notfallmedikamente?

**Ich bin damit einverstanden, dass o.g. Diagnosen auf meiner Chipkarte als Notfalldatensatz angelegt werden.**

……………………………………………………..

Hannover, den $Druckdatum# Unterschrift Patient / Sorgeberechtigte