



Sportorthopädie - Chirurgie

Dietmar Baumann

Hindenburgstr. 29 72555 Metzingen Tel: 07123/9571130 Fax: 07123/9571135
info@chirurgie-baumann.de

Fragebogen

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Handynummer: _____

Telefon Privat: _____

Telefon Geschäft: _____

Emailadresse (bitte nur private E-Mail): _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

Nur für Privatpatienten: Hauptversicherter/ Rechnungsadresse (falls abweichend)

Geb. Datum: _____

Krankheiten

Leiden Sie an:

Herzprobleme

Herzoperationen

Herzinfarkt

Schrittmacher

Bluthochdruck

Schlaganfall

Asthma

Diabetes mellitus

Typ I

Typ II

Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS) _____

Allergien

Welche: _____

Sonstige Krankheiten: _____

 Keine

Befundübermittlung Hausarzt/überweisende Ärzte

Hausarzt: _____

Ort: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass dem o.g. Hausarzt bzw. dem überweisenden Arzt Befunde übermittelt werden.

Ja Nein

Befundübermittlung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass vor- und weiterbehandelnden Ärzten Befunde übermittelt werden.

Ja Nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen

Die Praxis D. Baumann wird gegenüber folgenden Personen, z.B. Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern (bitte Name und Telefon-/Handynummer angeben) von der Schweigepflicht entbunden (auch für die Abholung von Formulare).

Vor- und Nachname:	Telefon-/Handynummer:

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z.B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich oder telefonisch benachrichtigt zu werden.

Ja Nein

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter