



Sportorthopädie - Chirurgie - Durchgangsarzt

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)

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 Rezepten).

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