

# Dres.med. Oster/Rody Hautärztinnen- Phlebologinnen

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ. \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der **Hautarztpraxis Dr. Nicole Oster & Dr. Carolin Rody** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden,

mich betreffende **Behandlungsdaten und Befunde** bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert werden können**

mich betreffende **Behandlungsdaten und Befunde** an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer **übermittelt werden dürfen**. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte, Histologische Untersuchungen) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind

An folgende Angehörige / Person dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen hohen Blutdruck? Ja  Nein

Haben oder hatten Sie andere schwerwiegende Erkrankungen, wenn ja welche:

.....

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung: Hepatitis: Ja  Nein

HIV /AIDS Ja  Nein

Andere: Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Allergien? Ja  Nein

Wenn ja, auf

Pollen: Ja  Nein

Tierhaare: Ja  Nein

Hausstaubmilben: Ja  Nein

Neurodermitis (atopische Dermatitis): Ja  Nein

Medikamente Ja  Nein

Nehmen Sie Blut verdünnende Medikamente ein? Ja  Nein

wenn ja, Aspirin oder ähnliches:  Marcumar:

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein

Datum:

Unterschrift: