

## Behandlervertrag:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Mit Foto (**nur für Patientenakte**) einverstanden:  ja  nein

Versicherung:  gesetz. Kasse  Privat Tarif: \_\_\_\_\_

Angehörige oder gesetzlichen Betreuer (bitte Adresse und Tel.-Nr. angeben) demgegenüber Sie den Arzt von der Schweigepflicht entbinden (**auch** für die **Abholung** von **Rezepten**):

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

Hinterlegung von Rezepten, zur Abholung, in der Stern Apotheke:  ja  nein

Hausarzt/überweisender Arzt:

\_\_\_\_\_

Ich wünsche, dass der o.g. Hausarzt / überweisende Arzt über meine Behandlung / Facharztbriefe informiert wird:

Ja  Nein

Sie sind mit der Schweigepflichtentbindung der vorbehandelnden und weiterbehandelnden Ärzte einverstanden?

Ja  Nein

Ärzte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Erhebung Ihrer Daten ist selbstverständlich freiwillig.

Hiermit erkenne ich an, dass ich daran gebunden bin, die vereinbarten Termine einzuhalten. Mir ist bekannt, dass ich **Termine rechtzeitig vorher absagen** muss (Sprechstunde 2 Std, Operation 24 Std.), **ansonsten** wird eine **Ausfallpauschale von 20 € - 150 €** fällig.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Falls sich Änderungen ergeben, sind Sie verpflichtet dies der Praxis mitzuteilen.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**bitte wenden**

<b>Vorerkrankungen</b> <input type="checkbox"/> ja, siehe unten <input type="checkbox"/> keine				
<input type="checkbox"/> Diabetes mell.	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrank.	<input type="checkbox"/> Cholesterinerh.
<input type="checkbox"/> Schlaganfall (wann?):	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt (wann?):	<input type="checkbox"/> Angina pectoris koronare Herzerkr.	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C seit	<input type="checkbox"/> HIV seit
<input type="checkbox"/> Nieren-/Gallensteinleiden	<input type="checkbox"/> Blasen-/Nierenentzündungen	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> grüner Star (Glaukom)
<input type="checkbox"/> Neurolog. Erkr. (z. B. Multiple Sklerose)	<input type="checkbox"/> psych. Erkrank. (z. B. Depression)	<input type="checkbox"/> Abhängigkeiten	<input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> andere:				

  

<b>Operationen/Verletzungen (Datum)</b> <input type="checkbox"/> ja, siehe unten <input type="checkbox"/> keine				
<input type="checkbox"/> Nieren: welche?	<input type="checkbox"/> Harnblase:	<input type="checkbox"/> Harnröhre	<input type="checkbox"/> Hoden: re / li	<input type="checkbox"/> Leiste: re / li
<input type="checkbox"/> Prostata: wenn ja, <input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig <input type="checkbox"/> über die Harnröhre <input type="checkbox"/> über Bauchschnitt				
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Bandscheibe	<input type="checkbox"/> Bauchraum	<input type="checkbox"/> Becken
<input type="checkbox"/> gynäkolog.	<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Gallenblase	<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Genitale

  

<b>Allergien</b> <input type="checkbox"/> ja, siehe unten <input type="checkbox"/> keine	
<input type="checkbox"/> gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel etc.)	
<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> gegen anderes

  

<b>Medikamente</b> (alle Medikamente die regelmäßig eingenommen werden.) <input type="checkbox"/> ja, siehe unten <input type="checkbox"/> keine	
<input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer	
<input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Iscover <input type="checkbox"/> Heparin-Spritze	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Augsburg,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patient