



Aufnahmebogen und Einwilligungserklärung für unsere Patient/innen

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Straße, PLZ und Ort:

Telefonnummer Festnetz: mobil:

Hausarzt/ärztin: Adresse Hausarzt/ärztin:

Facharzt/ärztin: Adresse Facharzt/ärztin:

Allergien gegen Medikamente? ☐ nein ☐ ja:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Welche Krankheiten sind bei Ihnen festgestellt worden?

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Cholesterin-/Fettstoffwechselstörung ☐ Grüner Star ☐ Asthma

☐ Migräne ☐ Krebserkrankung:

☐ Sonstiges:

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -weitergabe nach §73 Abs 1b SGB V und zur Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 und 14 DSGVO:

Ich willige ein, dass mein/e behandelnde/r Facharzt/ärztin 1. meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der durchzuführenden Dokumentation und meiner weiteren Behandlung übermittelt, 2. bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen, und 3. anderen Ärzten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Ich habe die gemäß Art. 13 und 14 DSGVO in der Praxis ausgelegten (bzw. unter www.neurologie-am-diak.de/datenschutzerklaerung/) „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten“ zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Karlsruhe, den

Unterschrift (Vorname und Name), ggf gesetzl. Vertreter