

Tıbbi geçmişiniz

Name, Vorname Soyadınız, Adınız	
Adresse, PLZ Adres, posta kodu	
E-Mail	
Telefon numarası, Cep telefonu	
Geburtsdatum Doğum Tarihi	
Größe/ Gewicht Boyunuz, kilonuz	
Grund des Arztbesuchs Doktoru ziyaret etme sebebiniz nedir?	
Krankheiten, Medikament Hangi hastalıklarınız var ve hangi ilaçları kullanıyorsunuz	
Ailenizde olan hastalıklar (Kanser, Migren, Diyabet, Felç, Yüksek tansiyon, tiroid, Guatr, Romatizma, Astım)	
Alerjiniz var mı? (Polen alerjisi, yiyeceklere veya ilaçlara)	
Familienstand Medeni haliniz	
Spor yapıyor musunuz?	
Beruf Mesleğiniz	
Sigara yada elektrikli sigara içiyor musunuz? Nargile içiyor musunuz?	
Aşı karneniz var mı? En son aşınız neydi?	
Kolonoskopi oldunuz mu?	
Bir sonuç aldığımızda sizi geri arayabilir miyiz?	
Bizi size kim tavsiye etti size	

Ja

nein

Verilerimin elektronik olarak depolanıp işleneceğini kabul ediyorum.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch
gespeichert und bearbeitet werden.

Doktorumun benden tedavi verilerini ve diğer doktorlardan gelen bulguları isteyeceğini kabul ediyorum.

İmzama bilgilerimin eksiksizliğini ve doğruluğunu onaylıyorum ve basılı bilgileri okudum ve anladım.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben sowie, dass ich die
abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter)

Yer, tarih imzası (Hasta / vasi)

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Arztes
