



MVZ Maintal

Medizinisches Versorgungszentrum
Standorte Hochstadt & Bruchköbel

Dr. med. Jochen Schellmann – Thomas Blaschek – Anke Nitzl
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Alexander Trumm - Facharzt für Innere Medizin

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Krankenversicherung: _____

bei Privatpatienten ggf. Rechnungsempfänger: _____

Telefon: _____

Mobiltelefon: _____

Email: _____

Ja, ich möchte den Praxis-Newsletter erhalten!

Beruf: _____

Patientenverfügung ja nein

Haben Sie ein Pflegegrad ja _____ nein

Vorerkrankungen und Operationen:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Stärke (mg) und Dosierung):

Familiäre Erkrankungen (bei Eltern und Geschwistern):

Haben Sie Allergien oder schon einmal auf Medikamente allergisch reagiert?

--- bitte wenden ---



MVZ Maintal

Medizinisches Versorgungszentrum
Standorte Hochstadt & Bruchköbel

Dr. med. Jochen Schellmann – Thomas Blaschek – Anke Nitzl
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Alexander Trumm - Facharzt für Innere Medizin

Raucher nein, ja seit ca. _____ Jahren ca. _____ Zigaretten/Tag, Nichtraucher seit: _____

Größe _____ cm, **Gewicht** _____ kg

Wie sind Sie auf unser MVZ aufmerksam geworden? Bestandspatient Internet Zeitung
 auf Empfehlung

Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde anderen Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich erkläre die Patienteninformation zum Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) (Informationsblatt ausgegangen im Wartezimmer) gelesen zu haben.
- Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
- Gerne darf mich das MVZ Maintal in Ihr Recall System zum Erinnern an Vorsorgeuntersuchungen aufnehmen.

Schweigepflicht

- Hiermit entbinde ich folgende Personen (Familienangehörige ggf. Betreuer) gegenüber der ärztlichen Schweigepflicht und berechtige sie zum Abholen der von mir angeforderten Formulare, Rezepte, Überweisungen.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Maintal/Bruchköbel, den _____ **Unterschrift Patient/in** _____

Intern von uns auszufüllen:

Datum: _____ Zeichen: _____ Standort HOS / BRK