



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie möglichst individuell untersuchen und behandeln zu können, möchten wir Sie bitten, die folgenden **medizinischen Fragen** sorgsam zu beantworten bzw. Zutreffendes anzukreuzen:

Name: _____ **Vorname:** _____

Beruf: _____ **Geburtsdatum:** _____

Allgemeine Angaben:

Gewicht: kg Größe: cm

Krankheiten:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Cholesterin
- sonstige:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall

Allergien?

1. gegen Medikamente:

.....

.....

2. gegen Pollen, Gräser, Früchte etc.:

.....

Raucher?

nein ja nicht mehr seit

Operationen:

.....

.....

.....

.....

.....

Medikamente:

.....

.....

.....

.....

.....

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung:

Gemäß § 73 Abs. 1 SGB V willige ich hiermit ein, dass Sie, Frau Dr. Bernadette Veit, als meine behandelnde Fachärztin für Gefäßchirurgie und Phlebologie Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln (Datenübermittlung mündlich, als Brief, Fax oder E-Mail mit Signatur).

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Die **PATIENTENINFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ** gemäß Artikel 13 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (**DSGVO**) ihrer Praxis **wurden mir ausgehändigt**.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



Schweigepflichtsentbindungserklärung

Hiermit erteile ich, _____, _____, geb. am _____
(Name) (Vorname)

Frau Dr. Bernadette Veit die **Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht**

gegenüber

folgenden Privatpersonen (Name, Vorname, Geb.-Datum):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Diese Schweigepflichtsentbindungserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/Patientin)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich in der Praxis von den Mitarbeitern oder Frau Dr. med. Bernadette Veit selbst **namentlich angesprochen bzw. aufgerufen werden darf.**

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/Patientin)