



Anmeldung

Bitte vor der Behandlung ausfüllen und bei der Untersuchung abgeben!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Tel. _____ Beruf _____ ggf. GdB _____ %

Zusatzversicherung ja nein _____ Email _____

Hausarzt _____ Raucher _____ Größe _____ Gewicht _____

Nebenerkrankungen - Bitte möglichst genau angeben.

Gerinnungsstörung (z.B. Thrombose, Lungenembolie) _____

Allergie (z.B. Medikamenten-Allergie oder Unverträglichkeit) _____

Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, Herzschrittmacher) _____

Hoher Blutdruck, Asthma/ COPD _____

Schlaganfall, Lähmungen, neurologische Erkrankungen _____

Magen, Darmerkrankungen, Reflux, Sodbrennen _____

Zuckerkrankheit (Diabetes, Tabletten, Insulin) _____

Rheuma, Fibromyalgie _____

Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, Tbc, Covid-Status) _____

Nierenerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen _____

Psychische Erkrankungen, Suchterkrankung _____

Tumor-/Krebserkrankungen _____

Orthopädische Erkrankungen/ Unfälle _____

Sonstige _____

Aktuelle Medikamente, Blutverdünner _____

Operationen _____

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig - siehe Aushang am Empfang und im Wartezimmer. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Sollten für Ihre weitere Versorgung zusätzlich zur ärztlichen Behandlung Versorgungsleistungen durch externe Anbieter gesundheitlicher Leistungen (z.B. Physiotherapeuten, Hilfsmittelversorger etc.) erforderlich sein oder werden, so wünschen Sie die Empfehlung hierfür geeigneter Leistungserbringer. Sie erklären sich einverstanden, dass alle erforderlichen, persönlichen Daten zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, sowie deren Abrechnung an folgende Stellen weitergeleitet werden dürfen: Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie ÜBAG GbR, Laborgemeinschaft, Auftragslaboratorien zur Durchführung von Spezialanalytik und Privatärztliche Verrechnungsstelle (die genauen Adressen sind an unserer Anmeldung zu erfragen). Sie sind einverstanden, dass Ihre Befunde und die dazu notwendigen Daten mit- und weiterbehandelnden Ärzten telefonisch, elektronisch und per Telefax übermittelt werden dürfen. Hiermit stimmen Sie dem oben genannten und der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten zu, diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

_____ Datum

_____ Unterschrift