

# Dres.med. Oster/Rody Hautärztinnen- Phlebologinnen

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ. \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_

## 1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

**Mit der Auswahl einer der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular**, erteilen Sie der **Hautarztpraxis Dr. Rody & Dr. Oster** die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)
-----
-----

Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

## 2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
-----	<input type="radio"/> Nur Rezepte
-----	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

## 3. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Haben Sie einen hohen Blutdruck? Ja  Nein

Haben oder hatten Sie andere schwerwiegende Erkrankungen, wenn ja welche:

Haben Sie eine ansteckende Erkrankung: Hepatitis: Ja  Nein

HIV /AIDS Ja  Nein

Andere: Ja  Nein

Haben oder hatten Sie Allergien? Ja  Nein

Wenn ja, auf Pollen: Ja  Nein

Tierhaare: Ja  Nein

Hausstaubmilben: Ja  Nein

Neurodermitis (atopische Dermatitis): Ja  Nein

Medikamente Ja  Nein

Nehmen Sie Blut verdünnende Medikamente ein? Ja  Nein

wenn ja, Aspirin oder ähnliches: Marcumar:

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja  Nein

Datum:

Unterschrift: