Dr.med.Heike Eggers-Taupadel,
Söseweg 5, 30851 Langenhagen
Tel.:0511/734301, Fax.: 0511/7241153

Prozessbeschreibung:1.2.1 Anamnesebogen

Name, Geburtsname: _____Vorname : _____.

Telefonnummer: _____, E-Mail :_____
(Achtung unverschlüsselt)

1. Welche Vorerkrankungen gibt es?
2. Welche Medikamente nehmen Sie ein?
3. Welchen Beruf üben Sie aus:
4. Name des Hausarztes:

Einwilligungen in Einsichtnahme und Weitergabe der Daten im Rahmen des Behandlungszweckes und unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen

Bitte ankreuzen!

O Der/die jeweilige Mitbehandler/in darf informiert werden

O Welche Angehörigen dürfen Auskünfte oder Rezepte erhalten?

O Ggf. Transport von Blutproben und den entsprechenden Daten zum Labor

O Ggf. Berichterstattung an das Landesamt für Soziales wegen eines Schwerbehindertenausweises oder an die Deutsche Rentenversicherung für Anträge auf Rehabilitation oder Rente, das Sozialgericht

O Auskunft an Kostenträger wie Krankenversicherung, Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Berufsgenossenschaft und Kassenärztliche Vereinigung.

Auf Anfrage nennen wir Ihnen Details (2.3.3.1, 23.2IR2, 2.3.2IR3 und 2.3.2.8) über unseren Umgang mit Ihren Daten.

Ein Widerruf gegen die Einwilligungen ist jederzeit möglich.

Langenhagen, den _____
Unterschrift Patient (bei Minderjährigen ein Elternteil)