

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns die Planung und eine optimale Betreuung zu erleichtern, möchten wir Sie um einige

Informationen zu Ihnen und Ihrer Krankengeschichte bitten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Kontaktperson/Telefon im Notfall: _____

Familienstand: _____ Kinder: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

Tarif (bei Privatversicherten): _____

Schweigepflichtsentbindung nach DSGVO

für die Weitergabe persönlicher Informationen **ausschließlich** an die von Ihnen angegebene Kontaktperson

Name der Kontaktperson: _____

sowie Befundmitteilung ausschließlich an die auf Seite 2 angegebenen mitbetreuenden Ärzte bzw. den angegebenen Hausarzt.

München, den _____ Unterschrift: _____

Name: _____ Geb.: _____

Krankengeschichte:

Aktuelle Erkrankung:

Vorerkrankungen (möglichst vollständig, einschl. Operationen:

Haben Sie Allergien? O nein

Wenn ja, welche

Nehmen Sie derzeit Medikamente? O nein

Wenn ja, welche

Letzte Menstruationsblutung: _____

Erkrankungen in der Familie: _____

Name und Adresse des Hausarztes: _____

Ggf. Name und Adresse weiterer Ärzte / behandelndes Krankenhaus: _____

Vor Einleitung einer Infusionstherapie erkläre ich mich mit der Durchführung eines HIV-Tests sowie eines Hepatitis-Suchprogramms einverstanden.

Ja O Nein O

Datum, Unterschrift:
