

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?  ja  nein

Wenn ja, welche

---

Nehmen Sie derzeit Medikamente?  ja  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  Nein

Datum, Unterschrift:

---