

Ich wünsche die Behandlung durch  
Dr. Zeithammel  Dr. Pfalzer  egal

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ männl.  weibl.

Telefon: \_\_\_\_\_

Str., Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Stadt): Dr. \_\_\_\_\_

Allergien (z. B. Medikamente): nein  / ja  welche?  
\_\_\_\_\_

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: nein  / ja  welche?  
\_\_\_\_\_

Bei Frauen: Schwangerschaft nein  / ja  / nicht sicher

Wo bestehen **jetzt** Beschwerden (**Körperteil, re. / li. / beidseits**)?  
\_\_\_\_\_

Beschwerden **seit wann?** (Wo./Mo. o. exakt **Unfalltag und Std.**)  
\_\_\_\_\_

Lag ein **Unfall** vor (z. B. Sturz, umgeknickt, geschnitten o.ä.)?

Nein  Ja  → Arbeitsunfall

→ Wegeunfall (direkter Weg von / zur Arbeit)

→ Schulunfall

→ Kindergartenunfall

→ privat passiert

**BITTE**

**WENDEN →**

**Nur bei Arbeits- und Wegeunfällen auszufüllen:**

Berufsgenossenschaft (Kostenträger, Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen):

\_\_\_\_\_

**Schilderung des Unfalls oder der Entstehung der Beschwerden:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach § 73 Abs. 1b SGB V**

**Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt werden.**

**Ebenso willige ich ein, dass der o.g. Facharzt bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen.**

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.**

**Stuttgart, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_** **Unterschrift:** \_\_\_\_\_  
Patient(in) bzw. gesetzl. Vertreter