



Augen-MVZ Prof. Vorwerk GmbH, Bahrendorfer Straße 20, 39112 Magdeburg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserem MVZ. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

➔ **Bitte am 1. Behandlungstag ausgefüllt und unterschrieben mitbringen!**

Patient Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Telefon: _____ eMail: _____

Hausarzt: _____ zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte zutreffendes ankreuzen!)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (medikamentös behandelt) | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 |
| <input type="checkbox"/> bösartige Krebserkrankung, wenn ja welche: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges? _____ | | |

Liegen bei Ihnen Allergien/Unverträglichkeiten vor? Ja / Nein Allergiepass?
(Bitte mitbringen!)

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? Ja / Nein Medikamentenplan?
(Bitte mitbringen!)

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Augenkrankheiten in der Familie? Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

Ist bei Ihnen eine Augenerkrankung bekannt? Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie eine Verletzung des Auges? Ja / Nein

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie bereits an den Augen operiert / gelasert? Ja / Nein Vorbefunde?
(Bitte mitbringen!)

Wenn ja, welche OP und wann? _____

Mit einer Speicherung dieser Erklärung auf elektronischen Medien, incl. der Verwendung meiner ggf. vorhandenen Altdaten von Frau Dr. Gnensch, Dr. Krüger, Dr. Bartels, Dr. Wennig und Dr. Röpke bin ich einverstanden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,
Das Team der Augen-MVZ Prof. Vorwerk GmbH

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Bitte wenden!



Augen-MVZ Prof. Vorwerk GmbH, Bahrendorfer Straße 20, 39112 Magdeburg

Name: _____

Vorname: _____

Telefonnummer: _____

1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mein o. g. Vertragsarzt/Psychotherapeut mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

ggf. Information für Fachärzte

Name Hausarzt: _____ Praxisort: _____

2. Berechtigung Dritter (optional)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgend benannte Dritte nachfolgend aufgelistete Daten und Verordnungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) durch den oben genannten Vertragsarzt/Psychotherapeut übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, sodass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für:

Angehörige/Lebenspartner/Sonstige Berechtigte

personenbezogene Daten

a) Name, Vorname, Geburtsdatum

Behandlungs- und Befunddaten

Rezepte- und Verordnungen

ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft, z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar

Angehörige/Lebenspartner/Sonstige Berechtigte

personenbezogene Daten

b) Name, Vorname, Geburtsdatum

Behandlungs- und Befunddaten

Rezepte- und Verordnungen

ggf. Angabe Beziehungen/Verwandtschaft, z. B. Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar

Transportunternehmen/ Fahrdienst

personenbezogene Daten

Mir ist bewusst, dass von o. a. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von medizinischen Leistungserbringern der Ziffer 1), deren Mitarbeiter in meinem Interesse in der Praxis erscheinen (z. B. Pflegeheim, Sanitätshaus, Häusliche Krankenpflege etc.) kann insofern ein Identifikationsnachweis erforderlich werden.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters _____