

Stammdatenblatt

Erstordination

Name:	Anrede: <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Titel: Vorname: Nachname:
Geburtsdatum:	
Versicherung:	SV-Nummer: <input type="checkbox"/> ÖGK, <input type="checkbox"/> SVS, <input type="checkbox"/> KFA, <input type="checkbox"/> BVAEB Haben Sie eine private Zusatzversicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wohnadresse:	(Straße, Hausnr., PLZ, Ort)
Handynummer:	
E-Mail-Adresse:	
Ihr Hausarzt:	(Name und PLZ)

Haben Sie Allergien bzw. Unverträglichkeiten auf Medikamente? nein

wenn ja, welche: _____

Bitte wenden für Seite 2

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? keine

Medikament	Dosierung (mg, etc.)	Morgens	Mittags	Abends

Einwilligungserklärung

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen

Ich stimme zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin **personenbezogene Daten** (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) **an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen**, in deren Behandlung ich mich befinde oder begeben werde, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung **übermitteln darf**. Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Wien am, _____

Unterschrift: _____