



Name		Telefon privat	
Vorname		Telefon geschäftlich	
Straße		E-Mail-Adresse	
PLZ / Ort		Beruf	
Geb.-Datum	Krankenkasse bzw. private Versicherung		
Überweisender Arzt			
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (freiwillige Beantwortung)			
<input type="checkbox"/> Überweisung	<input type="checkbox"/> Presseartikel	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/>

Angaben laut Strahlenschutz-Verordnung

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Waren Sie schon einmal in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie schon einmal geröntgt? Wenn ja, wann zuletzt und was?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Jod-Allergie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Schilddrüsenüberfunktion?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine ansteckende Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Im Falle einer Kontrastmittelgabe: (diese Frage bitte erst in der Praxis ausfüllen)		
Sind Sie nach dem ausführlichen Durchlesen des Kontrastmittel-Aufklärungsblattes mit einer intravenösen Injektion eines Kontrastmittels einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Patientendaten für die in der Praxisgemeinschaft bzw. Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte zur Verfügung stehen.

Für Privatpatienten:

Mit meiner Unterschrift befreie ich meinen ärztlichen Behandler für diese Behandlung von dessen Schweigepflicht und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung sowie die Rechnungsstellung erforderlichen, auch medizinischen Daten an die

MEDAS GmbH,

Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen, durch diese Unterschrift einverstanden.

Bei Erziehungsberechtigten gilt diese Erklärung auch für die Behandlungsdaten des Kindes.

Ort, Datum

Unterschrift