

Stammdatenblatt



Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ SV-Nr: _____

Name der Sozialversicherung: _____

selbstversichert

mitversichert bei: (Name, SV-Nr /Geb.datum) _____

Strasse / Hnr. _____

PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Beruf des
Hauptversicherten: _____

Dienstgeber des Hauptversicherten: _____

Hausarzt: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? _____

Gibt es Vorerkrankungen? nein wenn ja-welche?

Allergien: _____

Bitte beachten Sie die Rückseite !!

Einwilligungserklärung – Datenschutz

Zur Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte / bzw. medizinische Einrichtungen.

BEI ZUSTIMMUNG BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN!

- O** 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, 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.
- O** Ich stimme zu, dass Vorbefunde und Daten durch meine behandelnde Ärztin zum Zweck meiner Behandlung eingeholt werden.

Datum _____ Unterschrift: _____

NAME IN BLOCKSCHRIFT: _____