

## Anamneseblatt

Familiennamen und Vorname
Versicherungsnummer und Geburtsdatum
Postleitzahl, Straße, Hausnummer
Telefonnummer und Email
Name d. Hausarztes (in BLOCKBUCHSTABEN):  ev. Telefonnummer d. Hausarztes:
Wieso sind sie heute hier?

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.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_