

Name	Vorname	ggf.Geb.Name	geboren am:
Anschrift			
Telefon			

Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

(nur im Bedarfsfall ausfüllen)

Hiermit entbinde ich. Frau/Herrn Dr. med. _____ und Frau/Herrn Dr. _____ vom Bereich Gesundheit Ober- hausen wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, die bei ihr/ihm über mich geführten Unterlagen zur Einsicht zur Verfügung zu stellen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Angaben zur Vorgeschichte

1. Krankenhausaufenthalte/wann/warum?

2. Welche bedeutsamen Erkrankungen haben Sie durchgemacht?

3. Welche Erkrankungen haben Sie jetzt?

4. Bestehen bei Ihnen Allergien?

Wenn ja, welche?

Jetzige Beschwerden

	nein	ja	Erläuterungen
Sehstörungen			
Kopfschmerzen			
Schwindel			
Hörstörungen			
Schlafstörungen			
Schmerzen			
Husten			
Atemnot			
Herzbeschwerden			
Nachtschweiß			
unklare Gewichtsabnahme			
Appetitlosigkeit			
Verdauungsbeschwerden			
Beschwerden beim Wasserlassen			
Rückenbeschwerden			
Gelenkbeschwerden			
Anfallsleiden			
Sonstige Beschwerden			

	nein	ja	Erläuterungen
Raucher? Exraucher?			seit wann? wie viel? seit wann?
Trinken Sie Alkohol			wie viel?
Nehmen Sie Drogen?			welche? seit wann?
Nehmen Sie zzt. Medikamente ein?			welche?
Waren Sie/Sind Sie zzt. in ärztl. / psychotherapeutischer Behandlung?			
Name u. Anschrift Ihrer behandelnden Ärzte			

Ich habe der/dem untersuchenden Ärztin/Arzt zu meinem Gesundheitszustand vollständige Angaben gemacht.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass Vorgutachten und Vorbefunde bei der Begutachtung Verwendung finden dürfen.

Ich bin mit der Weitergabe der Beurteilung an den Auftraggeber einverstanden.

Ich bin mit der Weitergabe des Untersuchungsergebnisses per Fax einverstanden.

Datum

Unterschrift

Bemerkungen: