	FO Freiwillige Patientenauskunft **Info Praxisübergabe/Datenüberleitung**	Version: 4.1.7 01.11.2026

Erstellt/Geändert:	Datum:	Geprüft:	Datum:	Freigegeben:	Datum:
Dr. Oppermann	01.11.2026	Dr. Oppermann	01.11.2026	Dr. Oppermann	01.11.2026

4.1.5 FO Freiwillige Patientenauskunft und Info Praxisübergabe

Vorname: _____ Name: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____ E-Mail: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Versichert bei: _____

Grund Ihres Besuches? _____

Vorerkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

z.B. ☐ Lunge ☐ Bluthochdruck ☐ Herzerkrankungen ☐ Schilddrüse
☐ Diabetes (Zucker) ☐ Nierensteine ☐ häufige Harnwegsinfekte
☐ Nierenerkrankungen ☐ Bluterkrankungen ☐ Sonstige Erkrankungen.....

☐ **Operationen:** _____

☐ **Dauermedikamente:** _____

☐ **Blutverdünnende Medikamente (z.B. ASS, Marcumar, Xarelto etc.)** _____

☐ **Allergien:** _____

Beruf/Familienstand: _____

Hausarzt: _____ Ort: _____

Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsdaten durch die Urologische Praxis, Am Grundweg 12 in 64342 Seeheim-Jugenheim gespeichert und verarbeitet werden. Dort bereits über frühere Behandlungen vorhandene Aufzeichnungen sollen nicht gelöscht werden, auch wenn sie älter als zehn Jahre sind. Über Untersuchungsergebnisse und Behandlungen dürfen andere Ärzte (z.B. Hausarzt) und -falls aus medizinischen Gründen erforderlich-Krankenhäuser unterrichtet werden. Ich gestatte, dass diese meine Daten über das als nicht vollkommen sicher geltende Fax übertragen werden dürfen.
Ich bestätige, dass ich die Aushänge über die Datenschutzerklärung in der Praxis zur Kenntnis genommen habe und über die Möglichkeit der Aushändigung einer Kopie informiert wurde. Auf mein Widerrufsrecht wurde ich hingewiesen.

Praxisübergabe/Datenüberleitung zum 01.01.2027:
Hiermit willige ich ausdrücklich ein, dass meine vollständige Patientenakte (sowohl in Papierform als auch in elektronischer Form) im Zuge der Praxisübergabe zum 01.01.2027 von Dr. Norbert Oppermann an den Praxisnachfolger Maximilian Schulz, M.D. übergeben wird.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Bei Terminvereinbarungen: Im Falle einer Verhinderung bitte den Termin bis 24 Stunden vorher absagen. Bei unentschuldigter Nicht- Inanspruchnahme des Termins kann ein Schadenersatz eingefordert werden.

Ort, ...Datum:.....Unterschrift Pat: .....