Hausärztliche Gemeinschaftspraxis **Hindenburgstraße 67**
Dr. med. Uwe Menzinger **28717 Bremen**
Dr. med. Peter Heinsohn **Fon 0421 / 6966700**
Fachärzte für Innere Medizin **Fax 0421 / 69667020**

Liebe Patienten, lieber Patient

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.
Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit zum Ausfüllen des folgenden Fragebogens.

Zur Gewährleistung einer bestmöglichen Zusammenarbeit möchten wir Sie bitten, sich auch im Akutfall telefonisch anzumelden. Das erspart unnötige Wartezeiten.
Nutzen Sie neben dem Telefon bitte auch die e-mail zur Kontaktaufnahme für Rezeptbestellungen oder Überweisungen. Sollten Sie Rezepte über unser Rezepttelefon bestellen, so sind diese in der Regel am den nächsten Werktag abholbereit.

Bitte bringen Sie zu einem der nächsten Termine Ihren Impfausweis mit, so können wir einen optimalen Impfschutz gewährleisten.

Name: **Vorname:** **geb.:**

Adresse:

Tel.: **Handy** **Fax** **e-mail**

Mit der Angabe Ihrer persönlichen Daten erlauben Sie uns, im Bedarfsfall telefonisch oder per e-Mail Kontakt zu Ihnen aufzunehmen.

Telefon von Angehörigen **Telefon Pflegedienst**

Vorsorgevollmacht: **ja** **nein**

Name Bevollmächtigter:

Pflegestufe Grad:

Schwerbehindertenausweis **ja** **nein** **HZV** **ja** **nein**

Bisheriger Hausarzt

DMP (bitte entsprechendes ankreuzen bei Teilnahme) **BZ** **KHK** **COPD** **Asthma**

Entbinden Sie uns gegenüber Krankenhaus/Fachärzten von der Schweigepflicht ? **ja** **nein**

Der Europäische Datenschutz (DSGVO) verlangt, dass eine schriftliche Einwilligung vorliegen muß, wenn Angehörige, Freunde, Nachbarn Rezepte oder ähnliches für Sie abholen. Wir bitten Sie uns die Namen die dafür infrage kommen anzugeben, da wir sonst keine medizinischen Unterlagen rausgeben dürfen.

Folgende Personen sind berechtigt meine Rezepte, und ggfs. med. Unterlagen meiner Personen ausgehändigt zu bekommen:

Angehörige: **Nachbarn** **Apotheker**

Datum : **Unterschrift**