



Überörtliche Gemeinschaftspraxis Koblenz-Vallendar

Innere Medizin - Kardiologie - Diabetologie



Bitte füllen Sie alle Angaben aus, die vertraulich bleiben und in Ihrer Krankenakte abgelegt werden:

Größe in cm: _____

Gewicht in kg: _____

Telefonnummer: _____

Raucher: Nein Ja

Diabetes seit: _____

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil: Typ1 Typ2 KHK Nein

Blutzuckermessung: Nein Ja wie oft: _____

Letzte Laboruntersuchung: _____ Bei Dr.: _____

Letzte augenärztliche Untersuchung: _____ Bei Dr.: _____

Laserbehandlung der Augen wegen Diabetes: Nein Ja bei Dr.: _____

Herzinfarkt: Nein Ja am: _____

Schlaganfall: Nein Ja am: _____

Durchblutungsstörung der Beine: Nein Ja am: _____

Derzeitige Medikament: _____

Um ggf. wichtige Unterlagen (z.B. Laborwerte, Augenarztbefunde usw.) bei anderen Ärzten anfordern zu können oder ihrem Hausarzt einen Brief mit Ihren aktuellen Befunden schicken zu können, benötigen wir von Ihnen eine Einverständniserklärung. Dies bitten wir Sie auf der zweiten Seite zu unterzeichnen

Einverständniserklärung zur Befundübermittlung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich:

Herrn Dr. med. Heinz-Peter Kröll
Markenbildchenweg 6
56068 Koblenz

von der ärztlichen Schweigepflicht betreffend der Weitergabe von
Arztberichten, Befunden und Auskünften an andere Ärzte.

Unterschrift Patient