



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie alle Punkte (Nr. 1-3) dieses Anmeldebogens aus und unterschreiben Sie:

**1.**

<b>Name, Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Adresse:</b>
<b>Telefonnummer:</b>
<b>Email-Adresse:</b>
<input type="checkbox"/> Ich bin einverstanden mit der Email-basierten Terminerinnerung.
<b>Hausarzt (mit Adresse):</b>

**2. Meine Medikamente** (Bitte tragen Sie hier Ihre eingenommenen Medikamente ein – falls vorhanden können Sie gern auch einen Ausdruck abgeben):

Wirkstoff/Name d. Präparats	Dosierung	Einnahmeschema (morgens/mittags/abends)

**3. Datenschutz** (Langfassung kann gern in der Praxis eingesehen werden)

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dres. med. U. und H. Kempelmann die mich betreffenden Behandlungsdaten für die Dauer des Behandlungsverhältnisses mit weiteren Behandlern und medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation bis auf Widerruf austauschen darf.

Ich willige des Weiteren ein, dass folgenden Personen Daten, insb. Rezepte, Verordnungen und Unterlagen ausgehändigt werden dürfen (ggf. mit Einschränkung):

Name, Vorname, Geb.-Datum der Person	Ggf. Einschränkung
Name, Vorname, Geb.-Datum der Person	Ggf. Einschränkung

**Datum:**

**Unterschrift:**