

Name:	 	Vorname:	
Geburtstag:	·	männl. □ weibl. □ divers □	
Telefon:	mobil:	Email:	
Str., Hausnr.:		PLZ, Ort:	
Beruf:	Arbeitgeber:		
Hausarzt (Name,	Stadt): Dr.		
Herzschrittmache			
Allergien (z. B. M	edikamente): ne	ein □ / ja □ welche?	
Regelmäßige Med	dikamenteneinn	ahme: nein □ / ja □ welche?	
		s sind wir gesetzlich verpflichtet, Sie enstrahlung folgendes zu fragen:	
Bei Frauen: Schw	vangerschaft ne	ein □ / ja □ / nicht sicher □	
Mit einer Röntgenuntersuchung bei mir oder meinem/meiner Sohn/Tochter in der Sportpraxis Dr. Pfalzer & Dr. Zeithammel in der Bockelstr. 146, 70619 Stuttgart bin ich einverstanden.			
Wo bestehen jetzt	Beschwerden (Körperteil, re. / li. / beidseits)?	
Beschwerden seit	wann? (Tag/Mo	nat/exakter Unfalltag und Uhrzeit)	

BITTE WENDEN ->

Lag ein Unfall vor (z. B. Sturz, umgeknickt, geschnitten o.ä.)? Nein □ Ja □ → Arbeitsunfall □
→ Wegeunfall (direkter Weg von / zur Arbeit) □
→ Schulunfall □
→ Kindergartenunfall □
→ privat passiert □
Nur bei Arbeits- und Wegeunfällen auszufüllen:
Berufsgenossenschaft (Kostenträger, Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen):
Schilderung des Unfalls oder der Entstehung der Beschwerden:
Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten durch den Facharzt nach § 73 Abs. 1b SGB V
Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt werden.
Ebenso willige ich ein, dass der o.g. Facharzt bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten und Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt. Er darf diese zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verarbeiten und nutzen.
Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
Stuttgart, Unterschrift: Patient(in) bzw. gesetzl. Vertreter