

Dr Marius Federiga
37, Route De Luxembourg
L-6450 Echternach
Tel: 00352-28997203
eMail: internistlux@gmail.com
903256-89



Datenschutzerklärung

Bitte füllen Sie Ihre persönlichen Angaben aus :

Nachname : _____

Vorname : _____

Matricule / Geburtsdatum : _____

versichert bei (ankreuzen) : CNS andere Versicherung : _____

Bei Minderjährigen: Name der Kontaktperson/Erziehungsberechtigter: _____

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort) :

Telefonnummer mobil : _____

Telefonnummer Festnetz : _____

E-Mail Adresse : _____

Hiermit wurde ich darüber informiert, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der medizinischen Behandlung in der Praxis Dr. Federiga digital gespeichert werden. Die Daten können und müssen zum Zwecke Ihrer Behandlung ggf. An Dritte wie z.B. medizinische Labore, Krankenhäuser, Mitbehandelnde Ärzte, Steuerbüro und Krankenkasse weitergegeben werden. Ansonsten erfolgt eine Weiterleitung der Daten nur auf Ihren ausdrücklichen Wunsch.

Auf welchem Wege können wir Sie kontaktieren, um z.B. die Notwendigkeit eines neuen Termins mitzuteilen oder Sie über Ihre Befunde zu informieren?

Telefonisch per Post per E-Mail

Datum, Unterschrift

Dr Marius Federiga
37, Route De Luxembourg
L-6450 Echternach
Tel: 00352-28997203
eMail: internistlux@gmail.com
903256-89



Anamnese

Name : _____

Vorname : _____

Matricule / Geburtsdatum : _____

Vorerkrankungen Größe : _____ cm Gewicht : _____ kg

Haben Sie Allergien ? _____

Besteht eine Medikamentenunverträglichkeit ? _____

Haben Sie Rheuma ? _____

Haben Sie Bluthochdruck / zu niedrigen Blutdruck ? _____

Haben Sie Herz-/ Leber- oder Kreislauferkrankungen ? _____

Haben Sie Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) ? _____

Haben Sie Diabetes ? _____

Sind sonstige Krankheiten bekannt ? _____

Sind Sie : Nichtraucher Raucher ehemaliger Raucher

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit regelmäßig ein ?

Datum, Unterschrift