



STAMMDATENBLATT

Je mehr wir vorab über Sie wissen, desto mehr Zeit bleibt im Gespräch für das Wesentliche. Bitte füllen Sie dieses Blatt vor Ihrem Termin aus und bringen Sie es mit oder senden Sie es an ordination@dr-egarter-scheiflinger.at.

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefonnummer:

Sozialversicherungsnummer:

Vorerkrankungen

Operationen

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?

Allergien:

Sonstige Anmerkungen:

☐

Hiermit stimme ich den Datenschutzbestimmungen der Ordination Dr. med. univ. Egarter-Scheiflinger zu und bin mit der Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung einverstanden. Meine Angaben werden vertraulich behandelt, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht ohne meine Zustimmung an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann ich jederzeit formlos widerrufen.

Unterschrift | Datum:
