

Hatte ein Familienmitglied (insbesondere Eltern, Geschwister) früher oder leidet derzeit jemand an chronische Erkrankungen, Operationen, stationäre Behandlungen? (zum Beispiel: Allergien, Herz-Kreislauf-Erkrankung, Lungenerkrankung, Asthma, Nierenerkrankung, Bluterkrankung, Blutgerinnungsstörung, Stoffwechselerkrankung)

Nimmt ein Familienmitglied regelmäßig Medikamente ein?
(bitte angeben wer, was und weswegen?)

Migrationshintergrund der Familie/Nationalität: _____

Möchten Sie über aktuelle Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen, die fällig sind informiert werden?

- Ja (nur per Mail möglich) Nein

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und gilt auch für zukünftige Behandlungen. Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen sämtliche Mitarbeiter.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift