N	a	m	1	e	

Datum:



## Stammdatenblatt

Vorname, ggf. Titel	
Nachname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
Email-Adresse	
Sozialversicherungsnummer	
Versicherungsträger	
(ÖGK, KFL, SVS)	
Mitversichert bei	
(Name, Sozialversicherungsnummer, Versicherung,	
Verwandtschaftsverhältnis)	
Adresse	
Beruf	
Dauermedikamente, auch pflanzliche	•
Produkte/Sprays/Spritzen/Nahrungsergänzungsmittel	•
(Name, Dosis, Einnahmezeitpunkt)	•
Poissiple: Amladinin F. mg 1 0 0 Ataray 25mg 1/ Thi	•
Beispiele: Amlodipin 5 mg 1-0-0, Atarax 25mg ½ Tbl bei Bedarf	•
bei Bedari	•
	•
	•
	•
	•
	•
	•
Vorerkrankungen/Operationen (inkl. Jahr)	•
Beispiele:	•
Herzerkrankung wie Z.n. Herzinfarkt 2017,	•
Herzinsuffizienz, Aortenklappenstenose	•
Tiel Zilladilizieliz, Aoi telintappellatellose	1

## Datum:



Weitere Beispiele Vorerkrankungen:	•
<ul> <li>Bluthochdruck</li> </ul>	•
<ul> <li>Niereninsuffizienz</li> </ul>	•
<ul> <li>Infektionserkrankung wie HIV, Hepatitis B, Z.n.</li> </ul>	•
Tuberkulose	•
<ul> <li>Schilddrüsenerkrankung wie Unter- oder</li> </ul>	•
Überfunktion	•
<ul> <li>Lungenerkrankung wie Asthma/COPD</li> </ul>	•
<ul> <li>psychische Erkrankung wie Schizophrenie,</li> </ul>	•
Depression	•
<ul> <li>Stoffwechselerkrankung wie Diabetes mellitus</li> </ul>	•
(Zuckerkrankheit), Osteoporose	•
(Knochenschwund), Hypercholesterinämie	•
Autoimmunerkrankungen	•
Neurologische Erkrankungen wie Morbus	•
Parkinson, Multiple Sklerose, Z.n. Schlaganfall	•
2009, Restless Legs, Epilepsie	•
Rheumatische Erkrankung	•
<ul> <li>Gefäßerkrankung wie Z.n. Thrombose linkes</li> </ul>	•
Bein 2016, Aortenektasie	•
<ul> <li>Hämatologische/onkologische Erkrankung wie</li> </ul>	•
Z.n. Prostatakrebs, Thrombophilie, Brustkrebs	•
<ul><li>Z.n. Blinddarm-OP 2009</li></ul>	•
	•
	•
Implantate im Körper (Stent, Herzschrittmacher, Herzklappe,	
künstliches Gelenk, Implantate etc)	
Allergien/Unverträglichkeiten	
Familiäre Vorerkrankungen inkl Familienverhältnis	
(vor allem Krebsleiden, Schlaganfälle, Herzinfarkte, Diabetes,	
Bluthochdruck)	
Raucher ja/nein	
(Wenn ja, wieviel pro Tag und seit wie vielen Jahren)	
Alkohol	o Nie
	o 1x/Monat oder weniger
	o 2-4x/Monat
	○ 2-4x/Woche oder öfter
Größe und Gewicht	,
Frauen – Hatten Sie Geburten? Wenn ja, wie viele?	
Kaiserschnitt? Auffälligkeiten in den	
Schwangerschaften?	

N I	_		
IN	а	m	e:

Datum:



Einverständniserklärung zur Speicherung von Behandlungsdaten und Befunden:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das PVZ Wels St. Stephan meine persönlichen Stammdaten (wie z.B. Name, Geburtsdatum, Sozialversicherungsdaten, usw.) sowie meine Gesundheitsdaten (wie z.B. Krankheitsverlauf, Diagnostik, Befundung, Therapie, Vorsorge usw.) zum Zwecke meiner ärztlichen Behandlung speichern darf.

Übermittlung von Patientendaten an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen:

Ich stimme zu, dass das PVZ Wels St. Stephan personenbezogene Daten (Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum, Adresse, Diagnose und damit zusammenhängende Angaben) an andere Ärzte oder medizinische Einrichtungen, in deren Behandlung ich mich befinde oder begebe, insbesondere zum Zweck der Befunderstellung, übermitteln darf.

Weiters stimme ich zu, dass mein behandelnder Arzt/meine behandelnde Ärztin bei Zuweisungen zu anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen einen Befundbericht über das Ergebnis der Zuweisung erhält.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Ort/ Datum: Unterschrift PatientIn:	Unterschrift PatientIn:	
-------------------------------------	-------------------------	--