

MUSTER PATIENTENAKTE

Klinik / Praxis : _____ Patienten-Nr. : _____

Patientendaten :

Vor- und Nachname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Telefonnummer : _____

Medizinische Angaben :

Diagnosen : _____

Medikamentenliste : _____

Allergien : _____

Behandlungsverlauf :

Datum und Uhrzeit : _____

Behandelnder Arzt : _____

Maßnahmen / Diagnostik : _____

Einwilligungen und Hinweise :

Der Patient wurde umfassend über die geplanten Untersuchungen und Behandlungen aufgeklärt und erklärt hiermit sein Einverständnis. Datenschutzrechtliche Hinweise wurden erteilt und verstanden. Der Patient hat das Recht, jederzeit Auskunft zu verlangen und Einwilligungen zu widerrufen.

Haftungsausschluss :

Die Klinik/Praxis haftet nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit. Für Folgeschäden, die nicht unmittelbar auf eine Behandlung zurückzuführen sind, wird keine Haftung übernommen. Diese Regelung gilt im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.

UNTERSCHRIFT PATIENT

UNTERSCHRIFT BEHANDLENDER ARZT

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://musterhero.com/patientenakte-muster/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://musterhero.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.