

G. Schams
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Verkehrs- und Notfallmediziner

Darmstädter Str. 30, 65474 Bischofsheim
Telefon: 06144/7475 Fax: 06144/330395
E-Mail: G-Schams@t-online.de
Arbeitsmedizin - Mainz - Darmstadt

Betreff: **Name:** _____ **Geb. Datum** _____

Adresse: _____

Ort/ Datum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrte Herr Kollege,

der oben genannte Proband war heute zur arbeitsmedizinischen Untersuchung in meiner Praxis vorstellig geworden. Dabei wurde ein erhöhter Glucose Wert festgestellt und oder er hat angegeben an Diabetes Mellitus zu leiden.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns **schnellstmöglich** dieses Schreiben ausgefüllt per Fax zurücksenden könnten, unter der Fax-Nr.: 06144- 33 03 95.

Diesbezüglich eventuell anfallende Kosten werden von uns nicht übernommen.

1. Besteht bei dem oben genannten Probanden ein **Diabetes**? Wenn ja, seit wann?

2. **Behandlung mit Insulin: Ja O Behandlung OHNE Insulin O**

3. Hatte er bisher einen Hypoglykämischen Schock? Wenn ja, wann?

4. Wie war sein letzter **HBA1C- Wert**?
Und **wann** ?

--

5. **Medikamentenplan**

Ich bedanke mich im Voraus recht herzlich für Ihre Bemühungen.

E i l i g b i t t e !!!

Mit freundlichen Grüßen

G.Schams
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Arbeitsmedizin
Und für Verkehrsmedizin

Datum, Stempel und Unterschrift der Praxis

G. Schams
Facharzt für Arbeitsmedizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Verkehrs- und Notfallmediziner

Darmstädter Str. 30, 65474 Bischofsheim
Telefon: 06144/7475 Fax: 06144/330395
E-Mail: G-Schams@t-online.de
Arbeitsmedizin - Mainz - Darmstadt

Betreff: **Name:** _____ **Geb. Datum** _____

Adresse: _____

Ort/ Datum

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entbinde ich meinen behandelnden Hausarzt bzw. Diabetologen von der ärztlichen Schweigepflicht, gegenüber dem Arbeitsmediziner Herr G. Schams, Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen.

Mir ist bekannt, dass die Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgegeben wird und widerrufen werden kann.

Datum / Unterschrift Proband

Nennen Sie uns bitte den **Hausarzt / Diabetologen**

E i l i g b i t t e !!!