



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Bezugsperson
Name Vorname Telefon

Telefon E-Mail

Beruf Notfallkontaktperson

Größe Gewicht Wem darf Auskunft erteilt werden?

Ihr/e vorherige/r Hausarzt/-ärztin

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? Seit wann?

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt? Darmspiegelung Magenspiegelung

Operationen / Bestrahlung? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):
.....

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|---|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? ja / nein Wenn ja, nennen Sie Medikament und Dosis:
.....

Wann hatten Sie Ihre letzte Impfung gegen Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten-Polio?

Geburtsjahr ab 1970: Hatten Sie eine der folgenden Kinderkrankheiten? Wenn nicht, wie ist der Impfstatus?

Masern Mumps Röteln

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: Arzt Familie Bekannte(r) Internet

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum Unterschrift

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin! Bei akuten Erkrankungen rufen Sie bitte vorher in der Praxis an.
Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.