



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 Angaben mit Ihrer Unterschrift. Selbstverständlich unterliegen alle Daten der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

| | | |
|------|---------|------------|
| Name | Vorname | Geb.-Datum |
|------|---------|------------|

Anschrift

| | | | |
|--------|------------|--------------|---------|
| Straße | Hausnummer | Postleitzahl | Wohnort |
|--------|------------|--------------|---------|

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) (vorheriger) Beruf

Hausarzt Größe Gewicht

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

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

Sind Sie Schwanger? nein / ja **Sind Sie in der Menopause?** nein / ja

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

Haben Sie eine Gelenkprothese? nein / ja Wenn ja, wo / seit wann? _____

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten nein / ja Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Organerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Organtransplantation | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Sind familiäre Vorerkrankungen bekannt? (Eltern, Geschwister, Großeltern) wenn Ja welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? nein / ja Wenn ja, welche (z.B. Pille, Aspirin, ASS, Marcumar, Xarelto):

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie, dass Ihr Hausarzt einen Bericht bekommt? nein / ja

Dürfen wir Sie an wichtige Termine erinnern? nein / ja

Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse für Ihre Gesundheit informieren? nein / ja



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. 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