

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

Treiben Sie Sport? nein / ja Wenn ja, welchen? _____

Sind Sie Schwanger? nein / ja

Um welche Beschwerden handelt es sich aktuell? _____
seit wann? _____

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

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"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Organtransplantation | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Organerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> sonstiges _____ | | | |

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

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