

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis und bedanken uns schon jetzt für Ihr Vertrauen, welches Sie uns mit Ihrem Besuch entgegenbringen. Im Interesse einer für Sie optimalen Behandlung sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen. Wir möchten Sie bitten, die nachfolgenden Fragen für uns zu beantworten. Die erfassten Daten werden ausschließlich in unserer Praxis verwendet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht nach §203 StGB.



Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum:.....

Straße: ..... PLZ und Ort: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail-Adresse: ..... Beruf: .....

Krankenversicherung: ..... Ihr Hausarzt: .....

Leiden Sie an einer der folgenden (chronischen) Erkrankungen? (bitte kreuzen Sie an)

- Diabetes       Bluthochdruck       Herzerkrankungen       Leber-/Nierenerkrankungen  
 Epilepsie       Krebserkrankungen       Gemütskrankung       Schilddrüsenerkrankung  
 Rheuma       Infektionskrankheiten (HIV, Tbc, Hepatitis, MRSA).      wenn ja, welche .....

Migräne       Augenerkrankungen       Sonstiges .....

Rauchen Sie?    ja / nein / aufgehört      Sind Sie Schwanger?    ja / nein      Haben Sie Haustiere? ja / nein

Schnarchen Sie?      ja / nein

Leiden Sie unter Schlafstörungen/Tagesmüdigkeit?      ja / nein

Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? .....

Operationen (HNO)?      ja / nein

Wenn ja, welche: .....

Wie viele antibiotikpflichtige Infekte (z.B. Mandelentzündung) hatten Sie in den letzten 12 Monaten: .....

Tragen Sie Hörgeräte? ein zwei seit ..... verordnet durch Dr. .... Akustiker .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (auch sog. „Blutverdünner“) ein?      ja / nein

Falls ja, welche .....

Leiden Sie an einer Medikamentenallergie/-unverträglichkeit?      ja / nein

Falls ja, gegen welches Medikament .....

Leiden Sie an sonstigen Allergien (z.B. Pollen/Hausstaub)      ja / nein

Falls ja, gegen was .....

**Welche Beschwerden führen Sie heute zu uns?** .....

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: .....

Arzt  Familie  Bekannte(r)  Zeitung  Homepage  Internet  Praxisschild  Sonstiges

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine Kontaktdaten für praxisinterne Mitteilungen nutzen darf und mich über fällige Termine/Terminänderungen über Doctolib mittels Email oder SMS informiert.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Befunde an meinen Hausarzt/überweisenden Arzt übermittelt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden dürfen

Meine vorangegangenen Einwilligungen können von mir jederzeit widerrufen werden

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten ausdrücklich zu. Ich verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung ( detaillierte Informationen siehe Aushang)

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: .....