

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. **Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.**

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____ PATIENT
Vorname: _____ PATIENT
Geschlecht: männlich weiblich divers
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon*: _____
E-Mail*: _____
Beruf (erlernt)*: _____
Beruf (derzeit ausgeübt)*: _____
Familienstand*: _____
Kinder: ja nein

Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet

Angaben des Versicherungsnehmers:

Vorname/Name: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
Geburtsdatum: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
Straße: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
PLZ/Ort: _____ VERSICHERUNGSNEHMER
Krankenversicherung gesetzlich
 privat Basistarif
Name der Versicherung: _____
beihilfeberechtigt ja nein

ALLGEMEINE FRAGEN ZUR GESUNDHEIT

Wenn Sie mit ja antworten,
bitte ggf. ergänzende Angaben eintragen

ja nein

- 1 Große / wichtige Operationen ja nein
(ungefähr wann / welche?) _____

- 2 Sind bei Ihnen Allergien (Umweltallergene /
Lebensmittel / Medikamente) bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____

- 3 Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin ja nein
(Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)
- 4 Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

ja nein

- 5 Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen? ja nein

- 6 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament / Wirkstoffstärke Wann Einnahme und wie oft?
(z.B. 10mg)

Bitte ggf. einen aktuellen Medikamentenplan
beifügen.

[weiter auf Seite 2](#) ▶

WEITERE FRAGEN

An welchen der folgenden aufgeführten Erkrankungen leiden oder litten Sie (bitte ankreuzen)?

- | | | | |
|--|-----------------------|---|-----------------------|
| 7 Körpergröße: _____ cm | | 18 Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> |
| 8 Gewicht: _____ kg | | 19 Migräne / Clusterkopfschmerz | <input type="radio"/> |
| 9 Bluthochdruck | <input type="radio"/> | 20 Psychische Erkrankungen | <input type="radio"/> |
| 10 Herzerkrankungen | <input type="radio"/> | 20.1 Depressionen | <input type="radio"/> |
| 10.1 Herzinfarkt | <input type="radio"/> | 20.2 andere _____ | <input type="radio"/> |
| 10.2 KHK (Herzkranzgefäßerkrankung) | <input type="radio"/> | 21 Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> |
| 10.3 Herzrhythmusstörungen | <input type="radio"/> | 22 Schlaf-Apnoe-Syndrom | <input type="radio"/> |
| 10.4 andere _____ | <input type="radio"/> | 23 Tumorleiden (Krebs) | <input type="radio"/> |
| 11 Schlaganfall | <input type="radio"/> | 24 Thrombosen / Blutgerinnungsstörungen | <input type="radio"/> |
| 12 Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="radio"/> | 25 Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> |
| 13 Chronische Atemwegserkrankungen | <input type="radio"/> | 25.1 HIV | <input type="radio"/> |
| 13.1 Asthma bronchiale | <input type="radio"/> | 25.2 Hepatitis | <input type="radio"/> |
| 13.2 COPD | <input type="radio"/> | 25.3 Tbc (Tuberkulose) | <input type="radio"/> |
| 13.3 andere _____ | <input type="radio"/> | 25.4 andere _____ | <input type="radio"/> |
| 14 Nierenerkrankungen | <input type="radio"/> | 26 andere Erkrankungen, welche? _____ | <input type="radio"/> |
| 15 Gicht | <input type="radio"/> | _____ | |
| 16 Rheuma | <input type="radio"/> | _____ | |
| 17 Osteoporose | <input type="radio"/> | _____ | |

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- persönliche Empfehlung von _____
- Internet / Homepage
- Telefonbuch / Das Örtliche
- Gelbe Seiten
- Sonstiges: _____

Datum _____

Unterschrift Patient / in,
Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter

Einwilligungen

- Hiermit stimme ich der notwendigen Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass dem überweisenden / weiterbehandelnden Arzt etc. Befunde, Röntgenbilder, Arztbriefe übermittelt werden bzw. dort Unterlagen angefordert werden dürfen. Gegenüber Angehörigen oder gesetzlichen Betreuern ist die Praxis von der Schweigepflicht entbunden.
- Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Praxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.