

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	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (HIV, Tbc, Hepatitis, MRSA)
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche _____
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Rheuma <input type="checkbox"/>
Leber-/Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen <input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____

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 _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine Kontaktdaten für praxisinterne Mitteilungen nutzen darf und mich über fällige Termine/Terminänderungen 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.

Datum: _____ Unterschrift: _____