



Liebe Patientin, Lieber Patient.

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.
Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, tragen Sie bitte ein Fragezeichen ein.

Patient

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Straße Nr.

PLZ / Ort

Anderes

Telefon

Telefon (mobil)

E-Mail-Adresse

(vorheriger) Beruf

Körpergröße

Gewicht

Bisheriger Hausarzt

Name, evtl. Anschrift

Notfallkontakt / Bezugsperson

Name, Vorname

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein ☐ aufgehört

Wenn ja, wieviel pro Tag _____ Seit wann? _____

Operationen / Bestrahlungen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (inkl. Jahr wenn möglich)

Allergien: ☐ ja / ☐ nein

Wenn ja, welche:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Herzerkrankung | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | <input type="radio"/> Nierenerkr. | <input type="radio"/> Asthma / COPD | <input type="radio"/> Arthrose |
| <input type="radio"/> Gemütskrankheiten | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="radio"/> Reizdarm | <input type="radio"/> Krampfanfälle |
| <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Glaukom | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> HIV |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> sonstiges |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Demenz / Alzheimer | <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzerkrankungen | |
| <input type="radio"/> Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Asthma / COPD | |
| <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> sonstiges |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

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).

X

Ort, Datum

Unterschrift

Patienteninformationen zum Datenschutz wurden gelesen

Die Ausliegenden Patienteninformationen zum Datenschutz habe ich gelesen und akzeptiert.

X

Ort, Datum

Unterschrift