



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 Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient
Name Vorname Geb.-Datum
Anschrift
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort
Tel. (Privat) E-Mail
Tel. (Mobil) Beruf / Tätigkeit
Hausarzt Größe Gewicht

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein **Sind Sie Schwanger?** ja / nein

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

.....
Allergien / Unverträglichkeiten? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Medikamente, Latex):

.....
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- Bluthochdruck Gefäßkrankung Herzerkrankung / Bypass/Schrittmacher Diabetes
 Lebererkrankung Nierenerkrankung Asthma Lungenerkrankung Rheuma
 Krebserkrankung Gemütskrankung Arthritis / Psoriasis Hepatitis / HIV MRSA
 Bandscheibenvorfall Gelenkschmerz Osteoporose Gicht sonstiges

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

- Bluthochdruck Gefäßkrankung Herzerkrankung Schlaganfall Diabetes
 Krebserkrankungen Osteoporose Asthma / COPD Rheuma Arthrose

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein

Blutverdünner (z.B. Aspirin, Marcumar, Heparin, Clexne, Iscover, Plavix, Xarelto)

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

- Arzt Bekannte(r) Familie Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Gesundheitsbrief** mit neuesten medizinischen Erkenntnissen zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden? ja / nein

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