

Herzlich Willkommen in unserer Praxis!

Schön, dass Sie bei uns sind.



Wir möchten Sie gerne ganzheitlich und umfassend behandeln und bitten Sie um folgende Informationen.

PERSÖNLICHE DATEN

Geschlecht : männlich weiblich divers

Vorname, Name :

Straße Nr., PLZ, Ort :

Geburtsdatum : Beruf :

Festnetznummer : Mobilnummer :

E-Mail :

Vorsorgevollmacht : Ja Nein Patientenverfügung : Ja Nein

Wer war der/die vorherige Hausärzt:in ?

NOTFALLKONTAKT (EHEPARTNER:IN / BEVOLLMÄCHTIGTE:R / BETREUER:IN)

Wer soll im Notfall kontaktiert werden ?

Vorname, Name :

Festnetznummer : Mobilnummer :

GESUNDHEITSFragen

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

Bluthochdruck :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Herzkranzgefäßverkalkung, Herzinfarkt :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Herzschwäche :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Schlaganfall :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Durchblutungsstörungen der Beine (periphere arterielle Verschlusskrankheit) :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Zuckerkrankheit (Diabetes) :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Fettstoffwechselstörungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Tumorerkrankungen (Krebs) :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Lebererkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Nierenerkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Chronische Infektionserkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Blutungsstörungen ("Bluter") :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Lungenerkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Thrombose oder Lungenembolie :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Augenerkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Ohrenerkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Hauterkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Rheumatische Erkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Orthopädische Erkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Krampfleiden (Epilepsie) :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Autoimmunerkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Neurologische Erkrankungen :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Operationen / Unfälle :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Schilddrüsenerkrankung :

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Haben Sie Allergien ?

Nein Ja Wenn ja, welche:

Haben Sie einen Pflegegrad ? Wenn ja, welchen Grad und ggfs. Angabe zu Pflegedienst.

Nein Ja Pflegegrad / Pflegedienst:

Haben Sie einen Grad der Behinderung ?

Nein Ja Wenn ja, welchen Grad:

Organspende ?

Nein Ja Wenn ja, weitere Details:

Haben Sie einen Organspendeausweis ?

Nein Ja

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein und in welcher Dosierung ?

Das möchte ich gerne über meine Gesundheit zusätzlich mitteilen :

Rauchen Sie aktuell ?

Nein Nicht mehr seit:

Ja Wie viele am Tag / seit:

Konsumieren Sie Alkohol ?

Nein Nicht mehr seit:

Ja Wie viel / seit:

Konsumieren Sie andere Drogen ?

Nein Ja Wenn ja, welche:

Größe und Gewicht :

cm kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen ?

Nein Ja Wenn ja, wieviel kg:

Ich habe heute mitgebracht :

Impfausweis

Medikamentenplan / Medikamentenpackungen

Medizinische Unterlagen

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht

Weiteres :

Mir ist für die Behandlung in der Arztpraxis wichtig :

Ich möchte gerne informiert werden über :

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer:in / Bevollmächtigte:r

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die Arztpraxis mich an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen, Vorsorgen telefonisch oder per E-Mail erinnert.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Arztpraxis meine personenbezogenen Daten (z.B. Anschrift) und Gesundheitsdaten (z.B. Befunde) bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten / Krankenhäusern und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert und diese an mich behandelnde andere Ärzte / Psychotherapeuten / Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer (gemäß der Patienteninformation zum Datenschutz - siehe Aushang) übermittelt z.B. Abrechnungsstellen, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass Kommunikationswege wie WhatsApp oder E-Mail für die Weitergabe von angeforderten Informationen oder Befunden (Laborwerten usw.) genutzt werden dürfen.

Ja Nein

Ich gebe mein Einverständnis für Injektionen / Blutentnahmen / Fotodokumentation z.B. von Wunden bei Notwendigkeit.

Ja Nein

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Aus einer Verweigerung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Ort, Datum

Unterschrift Betreuer:in / Bevollmächtigte:r

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin! Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, in der Praxis bitte vorher anzurufen oder online einen Termin zu vereinbaren. **Vielen Dank.**

