

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Eine Vielzahl von Erkrankungen setzen zur exakten Diagnostik eine gute Kenntnis des Patienten und seiner individuellen Krankheitsgeschichte voraus.

Daher möchten wir Sie bitten den nachfolgenden Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnummer | PLZ, Ort |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefonnummer | Beruf / Arbeitgeber |
| <input type="text"/> | |

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen.

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Größe Gewicht

ALLERGIEN

- Heuschnupfen Medikamente Nahrungsmittel

HERZ- / KREISLAUFERKRANKUNG

- Angina pectoris Herzinfarkt Herzmuskelschaden
 Herzschrittmacher Herzklappenerkrankung Bluthochdruck

INFEKTIONSKRANKHEITEN

- HIV Hepatitis A B C Tuberkulose

LUNGENERKRANKUNG

- Chronische Bronchitis Asthma Bronchiale Lungenemphysem

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- Diabetes Vitaminmangel Schilddrüse
 Cholesterin Harnsäure

ERKRANKUNG DES NERVENSYSTEMS

- Epilepsie Migräne

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

- Angststörung Depressionen Psychosen

ORTHOPÄDIE

- Bandscheibenvorfall Gelenkschmerzen Arthrose
 Osteoporose chronische Gelenkerkrankung

MAGEN- /DARMERKRANKUNGEN

- M. Crohn / Colitis ulcerosa Wiederkehrende Magenbeschwerden Chronisch entzündliche Darmerkrankung

WEITERE ANGABEN

- Rauchen Erhöhter Augendruck Alkohol-Suchterkrankung
 Schlafstörungen Regelmäßige sportliche Betätigung

Operationen / Unfälle:

| | |
|--------|------|
| | |
| | |
| Region | Jahr |

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄßIG EIN?

| Medikamentenbezeichnung | Dosierung |
|-------------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

*Bei unzureichendem Platz überreichen Sie uns gerne Ihren Medikamentenplan für die Akten

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN / *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) 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).

Ort, Datum

Unterschrift