

Willstätter Straße 5
77731 Willstätt
Tel.: 07854 2360540
Mail: kontakt@praxis-slottke.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen möglichst umfassend. Die Daten sind für Ihre Behandlung wichtig. Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben am Ende des Dokuments mit Ihrer Unterschrift. Herzlichen Dank.

Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer(n): _____

Email-Adresse: _____

Körpergröße _____ Körpergewicht _____

Wen können wir im Notfall verständigen? (Name und Telefonnummer)

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wer ist Ihr bisheriger Hausarzt? (Wir benötigen die Angabe für die Befundübermittlung)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja /Nein

Wenn Ja, welche? (Sie können uns auch gerne einen Medikamentenplan geben)

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 _____

Sind Sie schwanger? Ja /Nein Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Ja /Nein

Haben Sie Allergien? Ja /Nein Wenn ja, welche

Willstätter Straße 5
77731 Willstätt
Tel.: 07854 2360540
Mail: kontakt@praxis-slottke.de

Hatten Sie schon Operationen oder Bestrahlungen? Ja /Nein Wenn ja, welche und wann

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | | | |

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

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Krebserkrankungen auf? Ja /Nein

Wenn ja, welche

Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja /Nein Wenn ja, bringen Sie diesen bitte mit.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen sowie Erinnerung an Untersuchungen zur Gesundheitsvorsorge durch die Praxis. 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).

Ort, Datum

Unterschrift

Willstätter Straße 5
77731 Willstätt
Tel.: 07854 2360540
Mail: kontakt@praxis-slottke.de

Zustimmung zur Übermittlung von Patientendaten durch den Hausarzt nach § 73 Abs. 1b SGB V

Ich

Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

stimme zu ein, dass mein Hausarzt/meine Hausarztpraxis

Praxisname: Praxis Dr. Slottke

Praxisanschrift: Willstätter Straße 5, 77731 Willstätt

die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mich behandelnde Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters