



Liebe Patienten,

Herzlich willkommen in unserer Praxis. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus.
Weiterhin benötigen wir Ihr Einverständnis für die Regeln der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Email: _____
Telefon: _____ Mobil: _____

Rauchen Sie?

nein ja Wenn ja, seit wann und wieviel am Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

nie ja, gelegentlich ja, regelmäßig _____ / Tag

Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten? (Nahrungsmittel, Medikamente, Pollen, Tierhaare?)

nein ja Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Zucker | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Krampfleiden / Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Cholesterin | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Leber- / Gallenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Gicht / Harnsäure | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> andere Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis) | |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____ | | |

Trat bei Eltern oder Geschwistern eine dieser Erkrankungen auf?

Wurde bei Ihnen bereits einmal (oder öfter) eine Darmspiegelung durchgeführt?

nein ja Wann und wo? _____

Welche Operationen wurden bei Ihnen vorgenommen?

keine Blinddarm Gallenblase Mandeln / Polypen Schilddrüse
 andere: _____

Was wurde operiert?

Wann?

Wo? (Name der Klinik oder Praxis)

→ Weiter auf Seite 2



Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

keine Pille andere

Medikament	Dosis / Wirkstärke	morgens	mittags	abends	nachts
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erinnerung an Folgetermin

z.B. Impfungen, Kinder-U-Untersuchungen, Gesundheitscheck, Hautkrebscreening, Vorsorge etc.

ja, ich möchte an Folgetermine erinnert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung Datenschutz

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Krell / Dr. Rohrer mich betreffende Behandlungsdaten bei Bedarf an andere Ärzte und Krankenhäuser sowie Psychotherapeuten, Labore, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, den MDK (med. Dienst der Kassen), Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen übermittelt und zum Zwecke von Dokumentation und Behandlung anfordert.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und an Speziallabore ergänzender Disziplinen übermittelt werden dürfen.
- Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis Dr. Rohrer / Dr. Krell gespeichert werden. Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten.
- Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei den Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen gelten. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
- Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden:

Das gilt auch für mich beauftragtes Abholen z. B. von Rezepten und anderen Unterlagen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in bzw. gesetzlicher Vertreter