

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte füllen Sie den Fragebogen gewissenhaft aus.



.....
Name: **Vorname:** **Geb.-Datum:**
Tel. (Privat): E-Mail:
Tel. (Mobil): Größe: cm Gewicht: kg

Bisheriger Hausarzt (Name, Adresse): **Regelmäßig in Behandlung:** Nein Ja

Aus welchem Grund kommen Sie zu uns?
.....
.....

An welchen Erkrankungen / Infektionen leiden Sie?
.....
.....

Gibt es Erkrankungen / Infektionen in Ihrer Familie?
.....
.....

Wurden Sie schonmal operiert?
 Nein Ja wenn Ja, geben Sie bitte an, welche & wann:
.....
.....

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?
 Nein Ja wenn Ja, geben Sie bitte an, welche und wieviel:
.....
.....

Haben Sie Allergien?
 Nein Ja wenn Ja, geben Sie bitte an, welche:
.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Genussmittel zu sich?
Nikotin: Nein Ja Alkohol: Nein Ja Coffein: Nein Ja

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