



Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon / Handy

Beruf

Größe / Gewicht

_____ cm

_____ kg

Wen dürfen wir in dringenden Fällen verständigen?

Name, Vorname

Telefon / Handy

Anamnese

Haben oder hatten sie eine der folgenden Erkrankungen / Organstörungen?

Blutdruck

Diabetes (Zucker)

Asthma

COPD

Schlaganfall

Herzerkrankung

Schilddrüse

Lebererkrankung

Thrombose

Gicht

Tumorerkrankung

Psyche

Krampfanfälle

Augenerkrankung

Sonstiges

Allergien

Nein

Ja, welche

Rauchen Sie?

Nein

Ja, wenn ja, _____ Zigaretten/Tag, seit _____ Jahren

Alkoholkonsum

Nein

gelegentlich

regelmäßig Menge: _____

Operationen

Nein

Ja

Bisheriger Hausarzt

Haben Sie eine Schwerbeschädigung (GdB) oder einen Pflegegrad?

Nein

wenn ja

GdB

%

Pflegegrad

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

| Name des Medikaments | morgens | mittags | abends |
|----------------------|---------|---------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Impfstatus

Ihr Impfstatus ist uns wichtig. Bitte informieren Sie uns doch mittels Ihres Impfausweises über die Aktualität ihrer Impfungen. Sollten sie diesen nicht zur Hand haben, können Sie diesen im eigenen Interesse nachreichen.

Einverständnis zur Informationsweitergabe

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
- Ich bin hiermit darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und Fachärzte übermittelt werden.

Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, teilen Sie uns dies bitte mit.

Über die Patienteninformation zum Datenschutz (DSGVO) wurde ich informiert.

 Datum

Unterschrift