



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgenden Angaben sind für Ihre Behandlung von großer Bedeutung. Sollten Sie bei einer Frage nicht sicher sein, so machen Sie bitte ein Fragezeichen. Ich möchte Sie bitten, diesen Bogen vor der Behandlung auszufüllen und bei einer Mitarbeiterin des Empfangsbereiches abzugeben.

Patient/-in Name Vorname Geb.-Datum

Hauptversicherte Person Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Mobil) (vorheriger) Beruf

Krankenkasse Beihilfe? Wenn ja (welche/wieviel %)?

Hausarzt Größe cm Gewicht kg

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja: wieviel/Tag seit wann?

Treiben Sie Sport? ja / nein welchen / wieviele Stunden/Woche?

Sind Sie schwanger? ja / nein Sind Sie in der Menopause? ja / nein

Orthopädische Operationen? ja / nein Welche?

Allergien ja / nein Wenn ja, welche?

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzerkrankung
 Lebererkrankung Nierenerkrankung Diabetes Asthma / COPD
 Krebserkrankung Hepatitis /HIV Schilddrüse Wirbelsäulenerkrankung
 Rheuma / Gicht Knie-/Hüftarthrose Osteoporose Nervenleiden / Psyche

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar, Xarelto)

Welche ?
.....

Kontakt zu meiner Praxis / Empfehlung durch:

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Internet Praxisschild sonstiges

Möchten Sie, dass der Hausarzt einen Bericht erhält? ja / nein

Dürfen wir Sie an wichtige Termine erinnern? ja / nein

Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse für Ihre Gesundheit informieren? ja / nein

Ich möchte Patienten der gesetzlichen Krankenkasse auf die Pflicht zur Vorlage der Krankenversicherungskarte innerhalb von 10 Tagen nach dem ersten Besuch im Quartal hinweisen, da sonst bei nicht erfolgter Nachreichung eine Privatrechnung gestellt werden muss.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Auskunft, Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich 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 DSGVO). Eine weitere Patienteninformation befindet sich im Wartezimmer.

Rheinbach, den Datum

..... Unterschrift