

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.  
Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.

**Persönliche Daten :**

Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

- Diabetes
- Schilddrüsenerkrankungen
- Bluthochdruck
- KHK
- Herzschwäche
- Lungenerkrankungen
- Schlaganfall
- erhöhte Blutfette
- Operationen
- Krebserkrankungen
- Thrombose
- Baucherkrankungen
- psychische Erkrankungen

Andere, nicht aufgeführte: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil?  Ja  Nein  
Wenn „Ja“, an welchem:  KHK  Asthma  COPD  Diabetes

Nehmen Sie **Medikamente** regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Medikament	morgens	mittags	abends

**Wichtig!**

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

**Allergien:**  Ja  Nein Wenn „Ja“, welche:

**Körpergröße:** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

Hatten Sie schon einmal eine **Diabetesschulung**  Ja, wann: \_\_\_\_\_ Nein

**Rauchen:**  Ja  Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich:  
Seit wann: \_\_\_\_\_

**Alkohol:**  Ja  Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig: \_\_\_\_\_

Letztes **EKG/Belastungs-EKG** am: \_\_\_\_\_

Letzte **Langzeit-EKG:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**  mit Partner lebend  Kinder im Haus  allein stehend

liegt ein **Grad der Behinderung** vor? Wenn ja wieviel Prozent: **GdB** \_\_\_\_\_ %

liegt eine **Pflegestufe** vor? Wenn ja, welche Pflegestufe: **Pflegestufe** \_\_\_\_\_

Dürfen wir Sie benachrichtigen, wenn Untersuchungen oder Termine anstehen?

Ja, per Brief  Ja, per Email  Ja, per Telefon  nein

Bei welchem Hausarzt waren/sind Sie bisher in Behandlung: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V sowie Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung von Daten in der Arztpraxis durch den Facharzt:**

**Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt /Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.**

**Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.**

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich erhalten.**

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Die Daten unterliegen dem Datenschutz sowie der Schweigepflicht.

Wir benötigen Ihre Versichertenkarte bei jedem Besuch in der Praxis. Liegt sie uns 14 Tage nach der Behandlung nicht vor, müssen wir Sie als Privatpatient betrachten und Sie erhalten eine Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet – z. B. bei der Kommunikation per E-Mail – Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich.