



Praxis Am Eck

„Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Tuns“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Um Sie bestmöglich behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Wir sind bemüht Ihre personenbezogenen Daten genau so sorgfältig zu behandeln wie Sie selbst. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder auf unserer Webseite. Gerne können wir Ihnen auf Wunsch auch einen Ausdruck aushändigen. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Datenverarbeitung gemäß DSGVO und BDSG ein. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Sprechen Sie uns bei Fragen gerne an.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam

Name: _____ Vorname: _____

geb. Datum: _____ Beruf: _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Raucherstatus: Raucher Nichtraucher Nie geraucht
Infektionskrankheiten: Hepatitis Tbc HIV+ Aids andere

Diabetiker: Ja Nein
Blutdrucksenkende Medikamente: Ja Nein
Herzinfarkt in der Familie: Ja Nein

Nehmen Sie an einem DM - Programm der Krankenkassen teil?

Diabetes Mellitus Typ 2: Ja Nein
KHK: Ja Nein
Asthma/ COPD: Ja Nein

Bestehen bei Ihnen Allergien (auch Arzneimittel)? _____

Wer war ihr bisheriger behandelter Arzt? _____

Wurden Sie bereit einmal operiert? Ja (wenn Ja, wann und wo?) Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja (wenn Ja, welche) Nein Pille

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie bei bevorstehenden Untersuchungen, oder Impfungen telefonisch/ per E-Mail benachrichtigen(Recall)?

Ja Nein

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____