Hausärztliche Praxis
Sascha Striegler
Facharzt für Innere Medizin, Betriebsmedizin, Reisemedizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient ……...
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift ……..
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Tel. (Privat) ……..…… E-Mail ……..
Tel. (Büro) …….. (vorheriger) Beruf ……..……..
Tel. (Mobil) …….. Größe …… Gewicht ……..……

Ernährungsweise? ☐ Mischköstler ☐ Ovo-lacto Vegetarier ☐ Ovo Vegetarier ☐ Lacto Vegetarier ☐ Veganer

Rauchen Sie? ☐ ja / ☐ nein / ☐ aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Sind Sie Schwanger? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____ Vorherige Geburten? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen / Bestrahlung? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

_____

Allergien? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche: _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

☐ Bluthochdruck	☐ Thrombose	☐ Herzerkrankung	☐ Schlaganfall	☐ Diabetes
☐ Lebererkrankung	☐ Nierenerkrankungen	☐ Asthma / COPD	☐ Arthrose	☐ Osteoporose
☐ Gemütskrankheiten	☐ Schilddrüsenerkr.	☐ Reizdarm	☐ Krampfanfälle	☐ Blutungsneigung
☐ Krebserkrankungen	☐ Glaukom	☐ Hepatitis	☐ HIV	☐ sonstiges

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

☐ Demenz / Alzheimer	☐ Bluthochdruck	☐ Herzerkrankung	☐ Schlaganfall	☐ Thrombose
☐ Krebserkrankung	☐ Allergie	☐ Asthma / COPD	☐ Diabetes mellitus	☐ sonstige

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

_____

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: _____

☐ Arzt ☐ Familie ☐ Bekannte(r) ☐ Telefonbuch ☐ Zeitung ☐ Internet ☐ Praxisschild ☐ Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ☐ ja / ☐ nein

Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse informieren? ☐ ja / ☐ nein

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