

Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	
Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift		
Telefonnummer	Festnetz:	Mobil:
Mailadresse		
Beruf	/	
Krankenversicherung	Name:	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Ehem. Praxis Schröter <input type="checkbox"/> Zuweiser <input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges:_____	
Was ist der Grund Ihres heutigen Praxisbesuchs?		
<input type="checkbox"/> Akute Erkrankung <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankung <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Kontrolle		
Wer ist/war Ihr bisheriger Hausarzt ?		
Bei welchen weiteren Ärzten sind Sie regelmäßig in Behandlung?		
Welche der folgenden Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt?		
<input type="checkbox"/> Rücken/Gelenkserkrankungen <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Blase-Nieren <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> Blut-/Gerinnungserkrankungen <input type="checkbox"/> Andere:		
Leiden Sie unter chronischen Krankheiten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn <u>ja</u> , welche?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn <u>ja</u> , welche?		
Welche Allergien haben Sie?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn <u>ja</u> , welche?		
Welche Genussmittel konsumieren Sie?		
Alkohol: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich		
Rauchen: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> täglich		
Welche Operationen sind bei Ihnen erfolgt?		
<input type="checkbox"/> Blinddarm <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Gallenblase <input type="checkbox"/> Andere:		
Welche Erkrankungen liegen in der Familie vor?		

Schlaganfall Herzinfarkt Krebserkrankung Andere:Wurde bei Ihnen bereits eine **Gesundheitsuntersuchung/Check-up** durchgeführt? Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt?Wurde bei Ihnen bereits eine **Krebsvorsorge** durchgeführt? Ja Nein Wenn ja, wann zuletzt? Gynäkologie _____ Urologie _____ Magen-/Darmspiegelung _____Wurden Sie in den letzten 5 Jahren **geimpft**? Ja Nein Wenn ja, welche Impfungen? Tetanus Diphtherie Polio/IPV FSME/Zecken Hepatitis A Hepatitis B Covid-19 Sonstige: _____Hinweis: Bitte bringen Sie auch Ihren **Impfausweis** mit.**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO** Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an andere Ärzte / Psychotherapeuten, Labore, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Apotheken und privatärztliche Verrechnungsstellen via Mail und/oder Fax übermittelt werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort/Datum)_____
(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter)Den folgenden genannten **Personen** darf **Auskunft über meinen Gesundheitszustand und meine Behandlungsdaten** gegeben werden (Verwandtschaftsgrad benennen):

1. Person _____ Geb.-Datum _____

2. Person _____ Geb.-Datum _____

Ich möchte unverbindlich **an Folgetermine erinnert werden.** Ja NeinWenn ja, bitte informieren Sie mich per Mail Brief_____
(Ort/Datum)_____
(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter)