



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe nach EU-DSGVO

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Mir ist bekannt, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Behandlungsdaten und Befunde dürfen an andere mich behandelnde Leistungserbringer übermittelt werden.

Die Praxis kann bei anderen Leistungserbringern nötige Behandlungsdaten und Befunde anfordern, sie verarbeiten, speichern und löschen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Name und Unterschrift Betreuer)





Praxismitteilung per SMS oder E-Mail

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir können Sie per SMS oder E-Mail über Ergebnisse von Untersuchungen, bevorstehende Termine, Impfauffrischungen oder Vorsorgeuntersuchungen informieren.

Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Falls Sie damit einverstanden sind, bestätigen Sie es bitte mit Ihrer Unterschrift. Sie können dieses Einverständnis jederzeit widerrufen, hierfür genügt eine mündliche oder schriftliche Mitteilung an eine der Praxismitarbeiterinnen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich wünsche die kostenlose Mitteilung per:

SMS an Mobilnr.: _____

E-Mail: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Name und Unterschrift des gesetzl. Betreuers)





Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Sollten Sie Schwierigkeiten haben, fragen Sie bitte unsere Mitarbeiterinnen, sie sind Ihnen gerne behilflich.

Beruf: _____

Hausarzt (bisher):

Name: _____

Adresse: _____

Vorerkrankungen?

Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

Herz/Blutdruck _____

Niere _____

Blutzucker _____

Atemwege _____

Magen-Darm _____

Fettstoffwechsel _____



Gicht

Anfallsleiden

Seelische Krankheiten

Bewegungsapparat

Tumor

Sonstiges

Operationen:

Allergien:

Krankheiten in der Verwandtschaft:

Herz/Bluthochdruck

Blutzuckerkrankheit

Atemwege

Fettstoffwechselstörung

Schlaganfall

Tumorerkrankung

Probleme mit den Beinen

Lebensstilbelastungen (Zigaretten, Alkohol, Drogen):



Medikation: Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? Name/Dosierung?

Pflegegrad: Wurde für Sie ein Pflegegrad festgestellt?

Nein

Ja Pflegegrad: _____

GdB (Grad der Behinderung) und Merkzeichen: Haben Sie einen GdB eingetragen?

Nein

Ja GdB: _____ Merkzeichen: _____

Impfungen? Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit.

Gibt es weitere wichtige Punkte, die Sie uns mitteilen möchten?

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben für die Beantwortung unserer Fragen.
Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Name und Unterschrift des gesetzl. Betreuers)

