



Hausarztpraxis

DR. ANNE MÖRSDORF, Ärztin für Allgemeinmedizin, Lymphologie, Notärztin

DR. HANS-JOACHIM MÖRSDORF, Arzt für Allgemeinmedizin,

Psychotherapie, Phlebologie, Lymphologie und Ernährungsmedizin

SINA HERSCHEL, Ärztin für Allgemeinmedizin

DR. CAROLIN FÖHRWEISER, Ärztin für Allgemeinmedizin, Lymphologie

DR. ALEXANDER DISTLER, Arzt für Allgemeinmedizin, Lymphologie, Akupunktur

UGE F[®]
IHR REGIONALES ÄRZTENETZ

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 über die PraxisAPP

Sehr geehrte Patienten!

Die Ergebnisse von Laboruntersuchungen, Erinnerungen an Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen usw. können wir Ihnen über unser Praxis-APP zusenden. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Zur Info: Laboregebnisse per E-Mail sind aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich.

Falls Sie damit einverstanden sind, bestätigen Sie es bitte mit Ihrer Unterschrift.

Ihr Einverständnis können Sie jederzeit mündlich oder schriftlich bei einer unserer Praxismitarbeiterinnen widerrufen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Dürfen wir Sie des Weiteren z.B. bei Rückfragen telefonisch oder per E-Mail kontaktieren?

Falls Sie damit einverstanden sind, nennen Sie uns hier bitte Ihre

Festnetz-Telefonnr.: _____

Mobil-Telefonnr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name:

Adresse:

Ich wünsche die kostenlose Mitteilung per PraxisAPP und bin mit den weiteren Kontaktmöglichkeiten einverstanden.

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)

