



## Herzlich Willkommen in unserer Praxis

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

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)

