



Patienten-Fragebogen

Allgemeinmedizinische Praxis
Cordula Krahl
Unter den Eichen 93
12205 Berlin

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	Festnetz mobil
E-Mail - Anschrift	@
Beruf	
Krankenversicherung	Name: <input type="checkbox"/> gesetzl. <input type="checkbox"/> priv.
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden	<input type="checkbox"/> Empfehlung <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Arztsuche -Portal <input type="checkbox"/> DoctoLib <input type="checkbox"/> Sonstiges

Wer ist/war Ihr bisheriger **Hausarzt**?

Bei welchen weiteren Ärzten sind Sie regelmäßig in Behandlung?

Welche der folgenden **Vorerkrankung** sind bei Ihnen bekannt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rücken/Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Blase/Niere | <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**? Wenn Ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Bitte Medikamentenplan beilegen.

Nein Ja _____

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt? Falls vorhanden Allergiepass mitbringen.

Nein Ja Welche? _____

Welche **Genussmittel** konsumieren Sie?

Alkohol: nie selten regelmäßig täglich Andere:

Rauchen: nie selten regelmäßig täglich

Welche **Operationen** sind bei Ihnen erfolgt:

Blinddarm Schilddrüse Gallenblase Andere: _____

Welche **Erkrankungen** liegen in der Familie vor?

Schlaganfall Herzinfarkt Zuckerkrankh. Bluthochdruck Krebserkr. Andere:

Wurde bei Ihnen bereits eine **Gesundheitsuntersuchung/Check-up** durchgeführt?

Nein Ja Wenn ja, wann zuletzt?

Wurde bei Ihnen eine **Krebsvorsorge** durchgeführt?

Nein Ja Wenn ja, wann zuletzt?

Gynäkologie _____ Urologie _____

Magen/Darmspiegelung _____

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren **geimpft**?

Nein Ja Wenn Ja, welche Impfungen? Tetanus Diphtherie Polio/IPV FSME

Hepatitis A Hepatitis B Keuchhusten Pneumokokken Sonst. Impf.: _____

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 und privatärztliche Verrechnungsstellen 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 Nein

Wenn ja, bitte informieren Sie mich per Mail SMS Brief

(Ort/Datum)

(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter)