

Vor- und Zuname:

Arztpraxis

Dr. med. Ralf Glanz

Dr. med. Christine Schardein*

Alter: Geburtsdatum:

Größe in cm: Gewicht in kg:

Beruf:

Berufsjahre:

Arbeitgeber:

ANAMNESE

Diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Bisherige Erkrankungen					
	Ja	Nein	Ja	Nein	
Herz-Kreislauf-Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leber und Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen und Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kinderkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nein

Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt?

Wenn ja, weswegen?

Bisheriger Hausarzt / Hausärztin:

Nehmen Sie Medikamente ein?

Wenn ja, welche?

Schmerzmittel gerinnungshemmende Mittel Schlaf-/Beruhigungsmittel

Abführmittel Antibabypille Kreislaufmedikamente

Andere:

Sind Allergien bekannt?

Wenn ja, welche?

Bestehen bei Ihnen Überempfindlichkeiten?

Medikamente Pflaster Kontrastmittel

Nahrungsmittel Sonstiges:

Rauchen Sie?

Hatten Sie bisher Operationen und/oder Unfälle?

Wenn ja, welcher Art?

Bei Frauen: Könnte eine Schwangerschaft bestehen?

Datum Unterschrift

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Arztpraxis
Dr. med. Ralf Glanz
Dr. med. Christine Schardein*

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der neuen EU-Datenschutzverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und/oder weiterleitet.

Mit der Unterzeichnung dieses Schreibens, erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir, Ihre Hausärzte, von uns erhobene Befunde an andere Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten bei Bedarf weiterleiten dürfen. Die jeweiligen Personen unterliegen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Des Weiteren stimmen Sie zu, dass Ihre Laborproben an das mit unserer Praxis kooperierende Labor und Facharztlabor zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Mit der Weiterleitung Ihrer Daten an die kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkasse, den medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der Ärztekammer erklären Sie sich ebenfalls einverstanden.

Eine persönliche Ansprache ist uns wichtig. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass wir Sie in der Praxis namentlich aufrufen dürfen.

An folgende Angehörige / Personen dürfen wir nach Feststellung der Identität, Ihre Behandlungsdaten und Befunde bei Bedarf weiterleiten:

1.

2.

3.

Sie haben jederzeit das Recht Löschungen und Sperrungen Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegen stehen. Sie können diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum Unterschrift