

Liebe Patientin, lieber Patient,  
für eine gute Betreuung bitten wir den folgenden Fragebogen auszufüllen

Name, Vorname:.....Geb.-Datum:.....

Adresse:.....

Beruf:.....

Telefon:.....Mobil-Nr:.....

E-Mail:.....Versicherung (Gesetzlich / Privat):.....

Größe:..... Gewicht:..... Rauchen: Nein  Ja

**Dauermedikamente**

Name	Milligramm / Hub / Tropfen	morgens/mittags/abends

**Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen**

- |                                  |   |       |
|----------------------------------|---|-------|
| Bluthochdruck                    | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt     | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Herzerkrankungen                 | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schlaganfall                     | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Zuckerkrankheit / Diabetes       | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Tumorerkrankungen                | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lungenerkrankung (Asthma,COPD)   | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Thrombose / Lungenembolie        | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Krampfleiden / neurol. Krankheit | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Psychische Erkrankungen          | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Allergie                         | Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstiges                        |   | _____ |

**Ihre Ärzte**

Bisheriger Hausarzt/-ärztin:..... Orthopädie:.....

Urologie:..... Kardiologie:.....

Gynäkologie:..... Sonstiges:.....

**Grund für aktuellen Besuch:**

neuer Hausarzt /-ärztin     Überweisung zur Untersuchung / Therapie     Vertretungsfall

aktuelle Beschwerden:.....

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift Patient

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich,

---

Name, Vorname, geb. Datum

erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis Sven Emmenecker**, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis vorgelegt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte über:

- den Umfang und die Art meiner Daten
- die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte / Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- die Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden
- Elektronische Briefe, sowie E-Rezepte an gesundheitliche Einrichtungen übermittelt werden können, wie z.B. Apotheken und Fachärzte, Kliniken und REHA-Einrichtungen

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters