

PATIENTENANGABEN

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße/Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Name des Haus-/Allgemeinarztes: _____

1. Welche Beschwerden haben Sie?

2. Seit wann haben Sie diese Beschwerden?

3. Waren Sie bezüglich dieser Beschwerden bereits in Behandlung?

ja _____ nein

Wenn ja, in welchem Fachbereich

4. Leiden Sie an Empfindungsstörungen?

Taubheit Überempfindlichkeit Wärmegefühl
 Kältegefühl Brennen Kribbeln

5. Hatten Sie Unfälle?

Wenn ja, welche und wann?

6. Wurden Sie bereits operiert?

Wenn ja, wann und was wurde operiert?

7. Leiden Sie an Allergien?

Wenn ja, an welchen?

8. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Magengeschwür | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Grauer Star | |

Weitere Erkrankungen:

9. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

10. Sonstiges, was Sie uns mitteilen möchten? (z. B. Schwangerschaft, Metall im Körper, Einnahme von Blutgerinnungsmedikamenten)

Datenschutzerklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und halten uns strikt an die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes nach BDSG § 4 f.

Um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Daten. Diese Daten werden ausschließlich für interne Zwecke benutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich stimme zu,

(Frau/ Herr):

geboren am:

dass die Praxis **ELLER & KELLERMANN**

- meine private Telefonnummer und meine private E-Mailadresse für interne Zwecke in ihrer elektronischen Patientenakte speichern dürfen. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- meine private Telefonnummer und meine private E-Mailadresse für interne Zwecke in unserem Terminierungssystem **Doctolib** speichern dürfen. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, über meinen Termin per SMS und E-Mail informiert zu werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum:

Unterschrift Patient:
