

# PATIENTEN - FRAGEBOGEN

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Geschlecht  m  w  divers

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat/mobil)

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Überweisender Arzt

\_\_\_\_\_  
Hausarzt

Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu uns?

Bestehen Allergien auf Medikamente? Wenn ja, welche?

Wesentliche frühere Erkrankungen:

Allgemeine Angaben:

Größe \_\_\_\_\_ cm

Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Raucher

JA

NEIN

Alkohol

JA

NEIN

Wenn ja, wieviel? \_\_\_\_\_ Stk./Tag  
selten / gelegentlich / regelm. / tägl.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche, Dosis, wann?

# WICHTIGE INFORMATIONEN

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Veränderungen zu informieren.

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens einen Tag im Voraus abzusagen. Andernfalls können mir die daraus entstehenden **Kosten in der Höhe von 50 Euro** in Rechnung gestellt werden.

## Einverständniserklärungen gemäß DSGVO

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß mir eine automatische SMS Nachricht mit einer Terminerinnerung zugesendet wird. (Ich kann mich von diesem Service jederzeit abmelden)

bitte ankreuzen      JA       NEIN

\_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_  
Eigene Handynummer                      Handynummer einer Vertrauensperson

Name und Verhältnis zum Patienten \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß medizinische Unterlagen, wie Befunde, Überweisungen, Rezepte, Verordnungen, etc. bis auf Widerruf auch an folgende Personen ausgegeben werden dürfen:

Name \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß ein Befund über eine gesicherte Datenverbindung an den überweisenden Arzt gesendet wird. (Ich kann mich jederzeit von diesem Service abmelden)

bitte ankreuzen      JA       NEIN

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, daß ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe und stimme allen Punkten zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten