

Fragebogen zu Ihrer Krankengeschichte

Name & Vorname

Adresse

Tel. E-Mail

Gewicht Beruf

Größe Allergien

Grund für Ihren Besuch

Hausarzt

Chronische Erkrankungen

- | | | | |
|---|--------------------------------------|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Diabetes Typ 1 | ☐ Diabetes Typ 2 | ☐ Koronare Herzkrankheit |
| ☐ Erhöhte Blutfette | ☐ Thrombose | ☐ Baucherkrankung | ☐ Schilddrüsenerkrankung |
| ☐ Krebserkrankung | ☐ Schlaganfall | ☐ Lungenerkrankung | ☐ Psychische Erkrankung |

Sonstige Erkrankungen	Seit wann?	Operationen	Wann?
.....			
.....			
.....			
.....			

Rauchen

- ☐ Nie geraucht ☐ Früher geraucht ☐ Ich rauche

Ich habe ca. Päckchen täglich über ca. Jahre geraucht

Medikamente	Stärke (mg)	morgens	mittags	abends	nach Bedarf
.....		☐	☐	☐	☐
.....		☐	☐	☐	☐
.....		☐	☐	☐	☐
.....		☐	☐	☐	☐
.....		☐	☐	☐	☐

Ich habe einen bundeseinheitlichen ☐
Medikamentenplan dabei

Schweigepflichtentbindungserklärung & Einwilligung zum Datenschutz

Name & Vorname

Geburtsdatum

Tel. E-Mail

Hiermit entbinde ich die Ärztinnen und Ärzte sowie die Praxismitarbeiter der Praxis Dr. Michael Denne von der ärztlichen Schweigepflicht um Informationen zu meiner Erkrankung und deren Verlauf (z. B. Befunde, Laboreergebnisse, Arztbriefe, elektronischer Arztbrief mit verschlüsselten Daten) an mitbehandelnde Ärzte oder Kliniken weiterzugeben bzw. von diesen einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass innerhalb der Praxis Dr. Michael Denne von den Mitarbeitern auf meine Daten zugegriffen werden kann, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Die neue Datenschutzverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefon) und meine Gesundheitsdaten gespeichert werden (bis zu 30 Jahre).

Im Rahmen der Einwilligung zum Datenschutz, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Weiterverarbeitung und Befunderstellung an das entsprechende Labor ggfs. an das Krebsregister und nach Fertigstellung wieder an unsere Praxis zurück übermittelt werden.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass Informationen auch telefonisch oder persönlich an folgende Angehörige weitergegeben werden dürfen, sofern deren Identität festgestellt wurde.

Name des Angehörigen

Telefonnummer

.....	
.....	
.....	

Meine erteilte Schweigepflichtentbindungserklärung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen von mir schriftlich widerrufen werden.

Sulzbach, den

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreterin / gesetzlichen Vertreters