



## Willkommen im Hausarztzentrum Peterstrasse

Zur optimalen Behandlung benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Tel.Nr.: .....

Adresse: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

Krankenkasse: .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

### Wurde bei Ihnen oder in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen

#### festgestellt?

Bluthochdruck  nein  ja familiär  nein  ja

Zuckerkrankheit  nein  ja familiär  nein  ja

Erkrankungen Leber/Galle  nein  ja familiär  nein  ja

Herz-Kreislauf, Herzinfarkt  nein  ja familiär  nein  ja

oder Schlaganfall?

Lungenerkrankungen  nein  ja familiär  nein  ja

Darmerkrankungen  nein  ja familiär  nein  ja

Blasen-Nieren-Erkrankung  nein  ja familiär  nein  ja

Rauchen Sie? Wie viele?  nein  ja .....

Thrombose/Gefäßerkr.?  nein  ja familiär  nein  ja

Krebsleiden?  nein  ja familiär  nein  ja

Haben Sie eine Patientenverfügung?  nein  ja

Sind Sie schon einmal operiert worden?  nein  ja

Wenn ja, wann und welche OP? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja .....

Haben Sie Allergien?  nein  ja .....

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Gastroskopie oder Koloskopie durchgeführt?

nein  ja, wann und wo .....

### Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

**Bitte füllen Sie die umseitige Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung aus und bestätigen Sie diese mit Ihrer Unterschrift.**



**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden – § 73 Abs. 1 b SGB V**

Durch den Patienten auszufüllen!

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen und medizinischen Daten in dieser Praxis gespeichert und intern zu Behandlungszwecken weiter gegeben werden ( z.B. anderer Ärzte der Gemeinschaftspraxis oder Laborärzte)  
 Ja                       Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass diese Praxis Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, beispielsweise von einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer.  
 Ja                       Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass diese Praxis die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an andere Leistungserbringer wie zum Beispiel Krankenhäuser oder Fachärzte, bei denen ich in Behandlung bin, weiter gibt.  
 Ja                       Nein
- Ich bin damit einverstanden, dass ich zum Zwecke der Terminerinnerung telefonisch oder postalisch informiert werde.  
 Ja                       Nein  
Dies ist möglich unter folgender Telefonnummer: .....

Ich habe die im Wartezimmer ausgelegten Datenschutzrichtlinien gelesen.  
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/in