



Praxis für Allgemeinmedizin Dr. Raphael

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Fragen sind für Ihre Behandlung sehr hilfreich. Sollten Sie bei einer Angabe unsicher sein, setzen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient:
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift:
Straße Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Telefon (fest): Telefon (mobil) (früherer) Beruf

Größe: Gewicht: **Ernährung:** Mischkost Vegetarisch Vegan

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört - Wenn ja, wie viel am Tag? Seit wann?

Treiben Sie Sport? ja / nein - Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

Sind Sie Schwanger? ja / nein - Wenn ja, in welchem Monat? Vorherige Geburten?

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein - Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?

Operationen / Bestrahlung? ja / nein - Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl)?:
.....

Allergien? ja / nein - Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

Bluthochdruck Herzinsuffizienz Herzinfarkt Thrombose Schlaganfall

Diabetes Nierenerkrankung Lebererkrankung Hepatitis Asthma

COPD Osteoporose Gemütskrankheiten Reizdarm HIV

Schilddrüse Arthrose: Krampfanfälle Blutungsneigung Glaukom'

chronische Schmerzen:

Krebserkrankungen: sonstiges:

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

Demenz / Alzheimer Bluthochdruck Herzerkrankung Schlaganfall Thrombose

Krebserkrankung Allergie Asthma / COPD Diabetes sonstiges

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein - Wenn ja, welche Medikamente/ Dosierung
.....

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

Internet Praxisschild Familie Bekannte Arzt Telefonbuch sonstiges:

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Weitere Informationen finden Sie im Aushang in der Praxis (Eingangsbereich) oder auf unserer Website (<https://www.dresden-allgemeinmedizin.de/datenschutz.html>).

.....
Datum

.....
Unterschrift