

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte nehmen Sie sich einige Augenblicke Zeit, um dieses Formular aufmerksam durchzulesen und so weit als möglich auszufüllen (auch die Rückseite).
Bitte informieren Sie uns vor jeder Behandlung über etwaige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben

Patient
Name Vorname geboren am

Mitglied
Name Vorname geboren am

Anschrift
Straße, Hausnummer
.....
Postleitzahl Ort

Telefon
Privat Mobil*

E-Mail-Adresse*

Beruf
Berufsbezeichnung* Arbeitgeber*

Krankenkasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert | <input type="checkbox"/> Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> freiwillig versichert | <input type="checkbox"/> Basistarif |
| <input type="checkbox"/> privat versichert | <input type="checkbox"/> Beihilfe |
- * Freiwillige Angaben

Erinnerung

Ich wünsche, jeweils an meinen nächsten Termin zu Untersuchungen, Prophylaxe oder Behandlungen erinnert zu werden:

per Post
 per Email

BITTE WENDEN →

Ihr persönlicher Gesundheitsstatus

	Ja	Nein
Herz- / Kreislauferkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstliche Herzklappe, Endokarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünnung (z.B. Marcumar, ASS, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (Hepatitis, TBC, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, allergisch gegen		
Sonstiges		
Für unsere Patientinnen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher Monat?		

Hinweis Fahrtüchtigkeit

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Fahrtüchtigkeit nach einer Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) eingeschränkt ist.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung in der Praxis gelesen, sie liegen im Wartezimmer aus. Ich stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Vielen Dank!

*Wir hoffen, dass Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen
und stehen Ihnen bei Fragen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.*

Ihr Praxisteam Dr. Anders