

Gemeinschaftspraxis



Dr. med. Klaus Gerlach
Dr. med. Stefan Rimoldi
Dr. med. Uta Persdorf
Dr. med. Felix Lang

An der Graswiese 19
55413 Weiler
Telefon: 06721 35450
E-Mail: mail@arztpraxis-weiler.de
Web: www.arztpraxis-weiler.de

Persönliche Daten

Vorname:	
Nachname:	
Adresse:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	Mobil:
e-mail:	

(*zum elektronischen Versand von Laborwerten, Befundkopien o.ä. auf Wunsch an Sie per E-Mail möglich)

Größe:	Gewicht:
--------	----------

Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein

*wenn ja, welche Allergien:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? (*Medikamentenplan)

*liegt Ihnen ggf. bereits ein Ausdruck von Ihrem aktuellen Medikamentenplan vor?

	morgens	mittags	abends
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen (nur für Neupatienten zum Ausfüllen zusätzlich)

Bitte bringen Sie alle vorliegenden Befunde (sofern vorhanden) in schriftlicher Form (bitte keine CD/DVD o.ä.) zum vereinbarten Termin mit.

Sind chronische Erkrankungen bekannt (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Asthma, hohe Blutfettwerte/Cholesterin, Schlafanfall etc.?)

Wurden Sie schon einmal operiert?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn ja, wann und welche Operationen?				

Jetzige Beschwerden?

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst und halten uns strikt an die Vorgaben der DSGVO. Um Ihnen eine optimale Behandlung zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen einige persönliche Daten. Diese Daten werden ausschließlich für interne Zwecke benutzt und werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit per Mail, Fax oder postalisch an unsere Praxis-Kontaktdaten oder persönlich widerrufen werden.

Ich stimme zu, dass die Praxis

meine private Telefonnummer und meine private E-Mailadresse für interne Zwecke in meiner elektronischen Patientenakte speichern darf.

meine private Telefonnummer und meine private E-Mailadresse für interne Zwecke im Terminierungssystem Doctolib speichern darf.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, über meinen Termin per SMS und E-Mail informiert zu werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

meine Kontaktdaten, Befunde o.ä. (auf Anfrage) an andere Ärzte, Kliniken, Apotheken weitergeben und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen anfordern darf.

Ich habe alle Angaben freiwillig gemacht. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum ordnungsgemäßen Eingang des Widerrufs unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Gesetzlicher Vertreter:	
Vorname:	Nachname:
Adresse:	
(*falls abweichende Adresse zu oben genanntem Patienten)	
Geburtsdatum:	
Telefon:	Mobil: