Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Hausarztpraxis Andreas Groß

Qualität und Entwicklung in Praxen®

Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme / Terminerinnerung

Erlaubnis zur Kontaktaufnahme:

Hiermit erlaube ich der Hausarztpraxis Andreas Groß mit mir über die von mir angegebenen Telefon- oder Faxnummern bzw. E-Mail-Adresse in Kontakt zu treten. Die von mir gespeicherten Daten dürfen nicht unrechtmäßig weitergegeben werden.

Meine aktuelle Kontaktinformationen lauten:

Festnetz / Handy: _____

Fax-Nummer: _____

E-Mail: _____

_____
Datum, Unterschrift:

Teilnahme am Erinnerungsservice:

Ich möchte gerne den Erinnerungsservice der Praxis nutzen und in Zukunft über fällige Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen erinnert werden. Die Praxis darf meine angegebenen Daten zu diesem Zwecke nutzen.

Hinweis:

Die Inanspruchnahme dieser Serviceleistung entbindet mich nicht von meiner eigenen Gesundheitsfürsorgepflicht.

☐ Gesundheits-CheckUP ab 35

☐ Impfungen

☐ Früherkennung Hautkrebs

☐ Früherkennung Darmkrebs

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift Patient(in)/ gesetzliche/r Vertreter(in)

Zu besonderen Jubiläen würden wir Ihnen gerne mit einer netten Glückwunschkarte gratulieren 😊 *– Falls Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte kurz Bescheid.*

Weitere Hinweise zum Datenschutz finden Sie auch auf unserer Homepage unter https://hausarzt-gross.de/Datenschutz oder als Aushang gegenüber unserer Anmeldung in der Praxis.

Name des Patienten:	**Geburtsdatum:**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis.

Um Sie bestens und allumfassend behandeln und beraten zu können, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns die nachfolgenden Fragen beantworten könnten.

Die Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht.

Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Wer war Ihr bisheriger Hausarzt? _____

Ich möchte wechseln, weil … _____

Leiden Sie an folgenden Krankheiten?			
Diabetes mellitus	☐	Sonstige Herzerkrankungen	☐
Schilddrüsenerkrankung	☐	Asthma, chron. Bronchitis	☐
Lebererkrankung	☐	Durchblutungsstörungen	☐
Nierenerkrankung	☐	Schlaganfall	☐
Erhöhte Blutfettwerte	☐	Krampfadern	☐
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	☐	Infektionskrankheiten, z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose	☐
Bluthochdruck	☐	Krebserkrankung	☐
Angina pectoris/ Herzbeschwerden	☐	Epilepsie	☐
Sonstige Erkrankungen:			

Name des Patienten:	**Geburtsdatum:**

Rauchen Sie?		**Wenn ja, wie viel?**
Ja	☐	Zigaretten/ Tag
Nein	☐	
Konsumieren Sie Alkohol?		**Wenn ja, was und wie viel?**
Nein	☐	Was? Gläser/ Tag:
gelegentlich	☐	
regelmäßig	☐	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente inkl. Dosierung und Einnahme (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte auf:
Ja ☐	Nein ☐	1. Einnahme:
		2. Einnahme:
		3. Einnahme:
		4. Einnahme:
		5. Einnahme:

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		**Wenn ja, listen Sie bitte auf, welche Medikamente Sie nicht vertragen:**
Ja ☐	Nein ☐	1.
		2.
		3.

Leiden Sie an Allergien?		**Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:**
Ja ☐	Nein ☐	1.
		2.
		3.
		4.
		5.

Name des Patienten:	**Geburtsdatum:**

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? Bitte (sofern möglich) Zeitpunkt des Eingriffs hinzufügen.?	
1.	3.
2.	4.
Aktuelle Beschwerden und erkrankungsspezifische Informationen:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

_____

Datum, Unterschrift