

**Gastroenterologie am Herrngarten Drs. med. B. Simonis, L. Bert, Prof. J.C. Hoffmann**  
Fachärzt:innen für Innere Medizin und Gastroenterologie

FRANKFURTER STRASSE 3 · 64293 DARMSTADT · TELEFON 0 61 51 / 950576-0 · TELEFAX 0 61 51 / 950576-30

**Sehr geehrte Patient:innen, wir begrüßen Sie heute das erste Mal oder nach längerer Zeit in unserer Praxis. Um Ihnen optimal helfen zu können, benötigen wir die folgenden Informationen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Bitte schildern Sie ggf. stichwortartig Ihre wichtigsten aktuellen Beschwerden:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein ?  keine      Wenn Medikamentenplan vorhanden, bitte vorlegen.

Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente zur Blutverdünnung (z. B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Efient, Lixiana, Clopidogrel, Aspirin) eingenommen ?  nein  ja  
Liegt bei Ihnen eine erhöhte Blutungsneigung vor ?  nein  ja

Besteht eine Allergie / Überempfindlichkeit gegenüber Medikamenten oder anderen Stoffen ?  nein  ja

Waren oder sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt ?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzschwäche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Chronische Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzklappenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Über-/Unterfunktion der Schilddrüse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Sind bei nahen Verwandten bösartige Erkrankungen (Krebs, Leukämie) aufgetreten ? Welche ?  nein  ja

Sind Sie bisher in einer Klinik behandelt worden ?      Weswegen / Wann / Wo ?  nein  ja

Welche Operationen wurden durchgeführt ?  keine

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung durchgeführt? Wann / Wo?  nein  ja

Haben Sie lockere Zähne ?      Eine herausnehmbare Zahnprothese ?      Ein Zungenpiercing ?  nein  ja

Waren Sie im außereuropäischen Ausland im letzten Jahr ?  nein  ja

Rauchen Sie ? Wieviel ? \_\_\_\_\_  nein  ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?      Was ? Wieviel ? \_\_\_\_\_  nein  ja

**Fragen an Patientinnen:**      Könnten Sie schwanger sein ?  nein  ja

**Gestatten Sie bitte noch eine Frage:** Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ? Empfehlung durch:

Hausarzt/Facharzt       Verwandte/Bekannte       Telefonbuch/Gelbe Seiten       Internet

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN**

## Einverständniserklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patient:in,  
es ist für uns eine große Hilfe, wenn Sie die Fragen auf diesem Bogen beantworten. Wir möchten mit Ihnen per Telefon und auch per E-Mail kommunizieren können. Um den Schutz Ihrer Daten zu gewährleisten, senden wir Ihnen Dokumente oder Nachrichten verschlüsselt zu. Der Schlüssel wird Ihnen mitgeteilt. Eine korrekt eingetragene E-Mailadresse und Telefonnummer sind dafür die Voraussetzung. Ihr Einverständnis mit dieser Form der Datenübertragung erklären Sie mit dem Eintragen Ihrer E-Mail-Adresse und Tel.Nr. auf diesem Bogen.

Ihre Telefon Nr. \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

e-Mailadresse \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Alle Daten, die wir im Zuge der Untersuchungen erheben und speichern, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind nur für Sie selbst bestimmt. In unserer Praxis werden sie unter Beachtung des Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt. Es kommt regelmäßig vor, dass Ihre Hausärzt:in oder andere Ärzt:innen oder Kliniken über die Ergebnisse Ihrer Untersuchungen informiert werden sollen oder dass eine andere Person Berichte, Rezepte oder andere Dokumente abholen soll. Alle Ärzt:innen und Mitarbeiter:innen dieser Praxis unterliegen der Schweigepflicht und dürfen ohne Ihre ausdrückliche Genehmigung keine Unterlagen an Dritte weitergeben.

Falls Sie die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an einzelne oder mehrere Ärzte NICHT wünschen, weisen Sie uns bitte darauf hin.

Für Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe Ihrer Daten brauchen wir laut BDSG Ihre Einwilligung.

Datenschutzgrundverordnung: Ich bestätige hiermit, dass ich sämtliche personenbezogenen Daten freiwillig dem Arzt zur Verfügung gestellt habe.

Ich gestatte nachstehend genannter Person die Ergebnisse meiner Untersuchungen in meinem Namen abzuholen.

Vertrauensperson: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen der Weiter- /Mitbehandlung

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzt:innen der Gastroenterologie am Herrngarten von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und gestatte diesen, nachfolgenden Ärzt:innen, Kliniken und Instituten Informationen über meinen Gesundheitszustand zu übermitteln.

- Hausärzt:in                       Kooperierende Laborinstitute                       Kooperierende Pathologieinstitute  
 Kooperierende Kliniken                       weiterbehandelnde Fachärzt:innen:

Name und Adresse Hausärzt:in: \_\_\_\_\_

Die beteiligten Personen/Institute unterliegen ihrerseits der Schweigepflicht.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift