

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, 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 Haben Sie einen Medikamentenplan ? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente zur Blutverdünnung (Marcumar, Xarelto, 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

Ist bei Ihnen eine Sojaprotein-Allergie bekannt ? ☐ nein ☐ ja

Waren oder sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt ?

Bluthochdruck ☐ nein ☐ ja Herzinfarkt ☐ nein ☐ ja

Asthma ☐ nein ☐ ja Herzschwäche ☐ nein ☐ ja

Diabetes mellitus ☐ nein ☐ ja Herzklappenerkrankung ☐ nein ☐ ja

Chronische Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV) ☐ nein ☐ ja Herzrhythmusstörungen ☐ nein ☐ ja

Tuberkulose ☐ nein ☐ ja Herzschrittmacher ☐ nein ☐ ja

Über-/Unterfunktion der Schilddrüse ☐ nein ☐ ja Schlaf-Apnoe-Syndrom ☐ nein ☐ 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

_____ Ihre Telefon Nr. _____ ggf. mobil _____

Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

BITTE WENDEN

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte (r) Patient (in),

es wäre uns eine große Hilfe, wenn Sie die Fragen auf diesem Bogen beantworten können. Wir möchten mit Ihnen per E-Mail und auch per Tel.Nr. kommunizieren. Um den Schutz ihrer Daten zu gewährleisten, senden wir Ihnen Dokumente 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.

Name,	Vorname	Geburtsdatum
E-Mail	Mobil-Telefon-Nr	Festnetz-Telefon-Nr
@		
Name Hausarzt		Krankenkasse

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 öfter vor, dass Ihr/e Hausärztin/-arzt 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 Mitarbeiter*innen dieser Praxis, Ärzte und Assistenzpersonal, 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 & 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:.....

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, nachfolgende Ärzt*innen, Kliniken und Instituten Informationen über meinen Gesundheitszustand zu übermitteln und auf Wunsch Einblick in die Akte zu gewähren.

- | | | |
|---|---------------------------------|--|
| ☐ Hausärzt:innen | ☐ Klinik | ☐ Sonstige Ärzte: |
| Name:..... | Name:..... | Name:..... |
| ■ Medizinisches Versorgungszentrum für Pathologie Darmstadt | ■ Labor Riegel, Wiesbaden | |
| ■ Labor Limbach, Heidelberg | ■ meine Krankenkasse | |

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