

Praxis an der Kaisereiche



Allgemeine Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____
Telefon privat: _____ Telefon mobil: _____
Email: _____

Hausarzt: _____ Postleitzahl/Ort: _____
Straße: _____ Telefon: _____

Wünschen Sie eine schriftliche Auswertung ? ja (nur möglich bei Hinterlegung von Porto / frank. Rückumschlag)

Persönliche Daten

Körpergewicht _____ kg (Änderung? _____) Körpergröße: _____ cm

Rauchen Sie? Nein, seit _____ Ja, _____ Zigaretten/Tag, seit _____ Jahren

Welche aktuellen Beschwerden bestehen?

Welche Erkrankungen haben Sie, bzw. hatten Sie (mit Jahr der Erstdiagnose)?

Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt (bitte mit Jahresangabe)?

Allergien?

Welche Medikamente nehmen Sie ein (in welcher Dosierung)?

Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Alter bei der ersten Monatsblutung? _____ Jahre

Besteht der Zyklus noch? Ja Nein, nicht mehr seit _____ (Lebensalter)

Anzahl und Jahr Geburten: _____

Wann war der 1. Tag der letzten Blutung? _____, regelmäßig ja nein

Nehmen Sie Hormone (die „Pille“ oder Hormone in den Wechseljahren)? Ja, _____ Nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja (SSW _____) Eventuell Nein

Unterschrift: _____ (RR: _____)

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und dienen nur unserer Information

Bitte wenden →



Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Pat. Nr.:

Praxis an der Kaisereiche
Wilhelm – Hauff – Str. 21
12159 Berlin

Name des Patienten:	
Geb.datum :	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten den Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Bitte beachten Sie dazu den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Wartezimmer.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen, auch telefonisch, an die folgenden Personen weitergegeben werden können (Lebenspartner, Angehörige, Bekannte):

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Name: _____ geb.: _____

Ich stimme zu, terminrelevante Benachrichtigungen von Doctolib per Email und SMS zu erhalten.

Datum

Name/Unterschrift

Dateiname:

Erstellt: *QM- Kernteam*

Geprüft: *QM- Kernteam*

Freigegeben: *Dr. Tuchelt*

am: *29.03.2007*

am: *29.03.2007*

am: *29.03.2007*

Seite 1 von 2

Version: 2

gültig ab: 02.04.2007