

**Internistische Hausarztpraxis
Frank Reiche, Facharzt für Innere Medizin**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bestmöglich behandeln und sind dazu auf Ihre Mithilfe angewiesen. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit, deshalb freuen wir uns, wenn Sie sich ein paar Minuten Zeit nehmen und uns einige Angaben machen könnten. Sollten Sie sich bei einer Antwort nicht sicher sein, machen Sie bitte einfach ein Fragezeichen. Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, können Sie einfach leer lassen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient

Name	Vorname	Geb.-Datum	
------	---------	------------	--

Anschrift

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
--------	------------	--------------	---------

Tel. (Privat) E-Mail

Tel. (Büro) (vorheriger) Beruf

Tel. (Mobil) Größe Gewicht

Familienstand: _____ Haben Sie Kinder? _____

Pflegen Sie Angehörige? _____

Zunächst einige Angaben zu Ihrer Lebensweise:

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Veganer Lactosefreie Kost mediterran

Sonstiges (z.B. hypoallergen, glutenfrei, schweinefleischfrei): _____

Rauchen Sie? ja / nein / aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Alkoholkonsum ? ja / nein / aufgehört Wenn ja, was und wieviel? _____

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____ und was ?

Haben Sie Stress? ja / nein Inwiefern ? _____

Sind Sie Schwanger? ja / nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____ Vorherige Geburten? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Leiden Sie unter Kopfschmerzen ? ja / nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen / Bestrahlung? ja / nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahr):

Allergien? ja / nein Wenn ja, welche: _____

**Internistische Hausarztpraxis
Frank Reiche, Facharzt für Innere Medizin**

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

- | | | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselst. |

Sonstiges: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselst. |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja / nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar):

Haben Sie einen Impfausweis? ja nein **Nehmen Sie an der jährlichen Grippeimpfung teil?** Ja nein

Wenn wir Vorbefunde brauchen, wo können wir diese anfordern (alter Hausarzt)?:

Wie entstand der Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch : _____

- Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild Sonstiges

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja / nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Patientenbrief** mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden? ja / nein

E-Mail

Nutzen Sie das Internet bzw. haben Sie schon unsere Homepage angesehen ? _____

Nehmen Sie bereits an folgenden Programmen/Verträgen teil oder sind Sie daran interessiert ?

- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------|
| DMP KHK | <input type="checkbox"/> |
| DMP Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> |
| Hausarztzentrierte Versorgung (AOK/TKK) | <input type="checkbox"/> |
| Geriatrische Betreuung (für Patienten über 70 Jahre) | <input type="checkbox"/> |
| Ernährungsberatung nach § 43 SGB V | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum

.....
Unterschrift