

Willkommen in der Hausarztpraxis
Dr. med. Boshi Univ. Shandong Karina Fröhlich
FÄ f. Allgemeinmedizin, Psychotherapie u. Naturheilverfahren, Akupunktur
Rohrbacher Str. 1, 69181 Leimen

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Körpergröße: _____ cm; Körpergewicht: _____ kg Beruf: _____

Telefonnummer/ E-mail: _____

Bisheriger Hausarzt, wenn Ja haben sie Vorbefunde? _____

Was ist der Grund Ihres heutigen Praxisbesuches?

- Akute Erkrankung
- Chronische Erkrankung

Beschreibung ihrer Beschwerden:

Im Interesse einer komplikationslosen Behandlung erbitte ich folgende Angaben

Liegt bei Ihnen vor: (falls „ja“ bitte ankreuzen!)

- Herzerkrankungen?
- Hypertonie:
- Blutgerinnungsstörungen?:
- Allergien?:
- Lungenerkrankungen? (z.B. Asthma):
- Stoffwechselerkrankungen? (z.B. Diabetes):
- Krampfleiden? (z.B. Epilepsie):
- Infektionskrankheiten?
- Hepatitis
- AIDS/ HIV
- Tuberkulose
- Psychische Erkrankungen? (z.B. Depressionen):
- Arzneimittelempfindlichkeit (z.B. Penicillin):
- Sind Sie schwanger? Wenn ja welcher Schwangerschaftsmonat?
- Rauchen Sie? Wenn Ja wie lange?
- Verhütungsmedikamente (Pille/ Spirale):
- Nehmen sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja welche evtl. Medikamentenplan

- Wurden sie in den letzten 5 Jahren operiert?
- Sind in der Familie schwerwiegende Erkrankungen bekannt?
- Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? (Mumps, Masern, Röteln, Windpocken, Sonstiges)
- Wurden sie in den letzten 5 Jahren geimpft?
- Wurde bei Ihnen bereit eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt? Wenn Ja wann?

→ **Rückseite beachten!!**

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. §73 Abs.1b SGB V durch den Haus-/Facharzt

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Adresse _____

Telefonnummer _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen möchten wir Sie informieren, dass ...

- ihre Daten elektronisch datengeschützt bei uns gespeichert werden
- für die Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern Ihre Daten übermittelt werden (Synlab Labor Eppelheim, Privatärztliche Verrechnungsstelle)

- Bitte kreuzen Sie hier an, wenn Sie zustimmen möchten, dass wir sie an Termine, Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen etc. erinnern dürfen.**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten bzw. Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation zur Einsichtnahme ggf. angefordert werden.
- für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet werden bzw. an mich oder Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden.

Befundmitteilungen (z.B. über Laborwerte, Facharztberichte usw..) erwünscht?

- Ja, per E-Mail: _____
- Ja, per Anruf
- Nein nur mit persönlichem Kontakt in der Praxis

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten ggf. des gesetzlichen Vertreters