

Praxis Dr. Rafael Walocha
Facharzt für Allgemeinmedizin
Altenberger Straße 16 A
42929 Wermelskirchen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die folgenden Daten sind für die Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei der Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Name, Vorname: _____ **Geb. Datum:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

E-Mail: _____ **Fax:** _____

Rauchen Sie? Ja: Nein: **Wenn ja, wie viel am Tag?** _____

Treiben Sie Sport? Ja: Nein: **Wenn ja, wie viele Stunden in der Woche?** _____

Bewegungsmangel? Ja: Nein:

Leiden sie unter Schlafstörungen? Ja: Nein: **Wenn ja, an wie vielen Tagen die Woche?** _____

Sind sie Schwanger? Ja: Nein: **Wenn ja, im wievielten Monat sind sie?** _____ **Vorherige Geburten** _____

Welcher beruflichen Tätigkeit gehen oder gingen Sie nach? _____

Welche Medikamente nehmen sie ein? _____

Bestehende Vorerkrankungen (bitte auch Operationen oder Bestrahlung wenn möglich mit Jahreszahl):

Bluthochdruck: Thrombose: Nierenerkrankungen: Herzinfarkt: Lebererkrankungen:

Asthma/COPD: Diabetes: Gemütskrankungen: Schlaganfall: Schilddrüsenerkrankungen:

Krampfanfälle: Hepatitis/HIV: Krebserkrankungen: Gicht: Infektanfälligkeit:

Sonstiges: _____

Operationen/Bestrahlung: _____

Treten in der Verwandtschaft folgende Erkrankung auf ?

Bluthochdruck: Thrombose: Herzinfarkt: Schlaganfall: Krebserkrankungen: Diabetes: Allergien:

Asthma/ COPD:

Welche Allergien haben sie?

Sind sie im DMP/ Chronikerprogramm ? Ja: Nein:

Wenn ja, welchem ? Asthma: COPD: Diabetes: KHK:

Waren sie in den letzten zwei Jahren beim Check up oder Hautkrebsscreening (mit Jahreszahl)? Ja Nein:

Möchten sie über Vorsorgetermin informiert werden? Ja: Nein:

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Arzt: Bekannte/n: Telefonbuch: Zeitungsanzeige: Internet: Praxisschild: Sonstiges:

Hiermit bestätige Ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Ich bin einverstanden, schriftlich oder telefonisch an die Vorsorgetermine in der Praxis erinnert zu werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten ggfs. an andere Ärzte, z.B. medizinische Labore, etc. weitergeleitet werden:

Hinweis: Falls wir Ihnen Blutabnehmen, müssen wir Ihr Blut und Ihre Patientendaten an ein Labor weiterreichen. Dieses unterliegt, genauso wie wir, der ärztlichen Schweigepflicht. Ihre Daten werden nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Wir sind auf Grund des Bundesdatenschutzgesetzes dazu verpflichtet, Sie darüber zu informieren und Ihr Einverständnis einzuholen, dass wir z.B. bei Laboruntersuchungen Ihre Daten an andere Ärzte weiterreichen.

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift