

GEMEINSCHAFTSPRAXIS Drs. med. A. HURST, S. PIESCHL, L. Bert, B. SIMONIS

Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie

FRANKFURTER STRASSE 3 · 64293 DARMSTADT · TELEFON 0 61 51 / 950576-0 · TELEFAX 0 61 51 / 950576-30

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 Wenn Medikamentenplan vorhanden, bitte vorlegen.

Sind Sie gegen das Corona-Virus geimpft ? nein ja Wie oft ? _____ Welcher Impfstoff ? _____
Bitte Nachweis vorlegen.

Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente zur Blutverdünnung (z. B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Efient, Lixiana, 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

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

Datum, Unterschrift

BITTE WENDEN

Einverständniserklärung

Alle Daten, die wir im Zuge der Untersuchungen erheben und speichern, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind nur für Sie selbst bestimmt. Es kommt öfter vor, dass Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt oder andere Ärzt*innen oder Kliniken über die Ergebnisse Ihrer Untersuchung informiert werden sollen oder dass eine andere Person Berichte, Rezepte oder andere Dokumente abholen soll. Die Mitarbeiter*innen dieser Praxis unterliegen ebenfalls der Verschwiegenheit und dürfen ohne Ihre ausdrückliche Genehmigung keine Unterlagen an Dritte weitergeben.

Dazu brauchen wir laut Bundesdatenschutzgesetz 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*in

Die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung Ihrer **Telefonnummer** ist laut Datenschutz **nur zulässig, wenn** Sie dem zustimmen.

Ihre Telefon Nr. _____ ggf. mobil _____

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

Entbindung von Ärztlicher Schweigepflicht im Rahmen der Weiter- / Mitbehandlung

Hiermit entbinde ich die mich behandelnden Ärzt*innen dieser Praxis von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und gestatte diesen, nachfolgenden Ärzt*innen, Kliniken und Instituten Informationen über meinen Gesundheitszustand zu geben und auf Wunsch Einblick in die Krankenakten zu gewähren.

Hausärztin / Hausarzt

Name: _____

ggf. weitere Ärzte/Kliniken/Institute

Name: _____

Die beteiligten Personen/Institute unterliegen Ihrerseits der Verschwiegenheit.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift