

**Patientenfragebogen**

Name, Vorname: .....

Straße, PLZ Ort: .....

Geburtsdatum: ..... Telefon privat: .....

E-Mail: ..... Telefon mobil: .....

*Wir erinnern Sie rechtzeitig an Termine per E-Mail und SMS. Sollten Sie dies nicht wünschen, geben Sie uns bitte Bescheid.*

Beruf: ..... Kasse/Versicherung: .....

Größe: ..... cm Gewicht: ..... kg stationäre Zusatzversicherung:  ja  nein

Allergien:  keine .....

Operationen (bitte mit Jahresangabe): .....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:  keine

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Diabetes  Bluthochdruck  Glaukom  Herzrhythmusstörungen  Blutgerinnungsstörung

Hepatitis A, B oder C  HIV-Infektion  Harnsteinerkrankung  Herzschrittmacher:  ja /  nein

sonstige chronische Krankheiten: .....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag? .....

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag? .....

Haben Sie einen Hausarzt?  nein  ja, Name: .....

**Für Frauen:** Haben Sie Kinder geboren?  nein  ja, wie viele .....

**Datenschutz (incl. DSGVO)**

Dürfen Befundübermittlungen an andere Personen erfolgen?  nein  ja, an .....

Mit der Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten erhoben und gespeichert werden (EU-Datenschutz-Grundverordnung). Sie haben das Recht auf Auskunft, Löschung und Widerruf.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift