

Dr. med. Cornelia Seibert & Dr. med. Bettina Schraut

Fachärztinnen für Allgemeinmedizin & Innere Medizin

Sonnenstraße 3

85609 Aschheim

Tel.: 089 / 903 97 55

Anmeldebogen Neupatienten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Beruf/derzeitige Beschäftigung: _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ Nein ☐ Ja (welche): _____

Besteht eine Schwangerschaft oder die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

☐ Nein ☐ Ja

Erkrankungen in Ihrer Familie (Vater, Mutter, Geschwister)?

Krebserkrankungen (wenn ja, welche)? _____

Rheumatische Erkrankungen / Autoimmunerkrankungen? _____

Herz- Kreislauferkrankungen? _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Herz- Kreislauferkrankungen (z.B. Bluthochdruck etc)? _____

Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD)? _____

Erkrankungen von Leber, Gallenblase, Magen oder Darm? _____

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)? _____

Orthopädische Erkrankungen (z.B. Hüfte, Knie)? _____

Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Epilepsie)? _____

Hauterkrankungen (z.B. Psoriasis)? _____

Infektiöse Erkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis)? _____

Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen)? _____

Operationen (z.B. Blinddarm-OP) _____

Dr. med. Cornelia Seibert & Dr. med. Bettina Schraut

Fachärztinnen für Allgemeinmedizin & Innere Medizin

Sonnenstraße 3

85609 Aschheim

Tel.: 089 / 903 97 55

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament und Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Ort, Datum

Unterschrift

Dr. med. Cornelia Seibert & Dr. med. Bettina Schraut

Fachärztinnen für Allgemeinmedizin & Innere Medizin

Sonnenstraße 3

85609 Aschheim

Tel.: 089 / 903 97 55

**Datenschutzerklärung und Schweigepflichtentbindung
nach der EV-DSGVO vom 28.05.2018**

Um den Organisationsablauf so reibungslos wie möglich für Sie jetzt und in Zukunft gestalten zu können, bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Patientenangaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datenerhebung und Verarbeitung:

Hiermit willige ich in die Behandlung und Abrechnung notwendige Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch o.g. Praxis ein.

Schweigepflicht-Entbindung, Befund-Übermittlung:

Praxis: _____ Adresse: _____

Praxis: _____ Adresse: _____

Praxis: _____ Adresse: _____

Praxis: _____ Adresse: _____

Im Notfall an notwendiges Krankenhaus/Klinikum: ☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass dem o.g. Arzt/Praxis/Krankenhaus Befunde übermittelt werden. ☐ ja ☐ nein

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen:

Die o.g. Praxis wird gegenüber folgenden Personen (z.B. Angehörige, Vertrauenspersonen, Betreuer) von der Schweigepflicht entbunden. Dies gilt z.B. für die Terminvergabe, Abholung von Rezepten oder die Benachrichtigung im Notfall. Auch darf Auskunft über Befunde erteilt werden (z.B. Laborwerte, Facharztbefunde):

Name, Vorname: _____ Tel.: _____

Name, Vorname: _____ Tel.: _____

Name, Vorname: _____ Tel.: _____

Widerruf:

Die Einwilligung oder Teile der Einwilligung können jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter