



MEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

DR. DAVID PIEL
PRAXIS FÜR ENDOKRINOLOGIE

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.

PATIENTENDATEN

Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon*: _____

Mobil*: _____

E-Mail*: _____

VERSICHERTENDATEN

(Sofern diese von den Patientendaten abweichen.)

Versichertenname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

beihilfeberechtigt ja nein

Name der Versicherung: _____

BITTE GGF. ERGÄNZENDE ANGABEN EINTRAGEN

JA NEIN

1. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

(z. B. Umweltallergene / Lebensmittel / Medikamente)

2. Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin?

(z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)

3. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?

JA NEIN

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ggf. Medikamentenplan beifügen

5. Herz-Kreislaufkrankungen

(bspw. Bluthochdruck, KHK, Rhythmusstörungen)

BITTE WENDEN >



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

BITTE GGF. ERGÄNZENDE ANGABEN EINTRAGEN

JA NEIN

6. Chronische Atemwegserkrankungen
(bspw. COPD, Asthma)

7. Magen-Darm-Erkrankungen /
Nierenerkrankungen:

8. Neurologische / psychiatrische Erkrankungen
(bspw. Migräne, Epilepsie, Depression)

9. Tumorleiden
Wenn ja, welche?

10. Stoffwechselerkrankungen
(bspw. Schilddrüsenprobleme, Diabetes)

11. Chronische Infektionskrankheiten
(bspw. HIV, Hepatitis)

12. Bluterkrankungen
(bspw. Blutarmut, Leukämien, Gerinnungsstörungen)

13. Sind Sie schon einmal operiert worden?
(bspw. Magenverkleinerung)

JA NEIN

14. Ungewollte Gewichtszunahme
15. Störung der Libido / des sexuellen Verlangens
16. Bei Männern: Erektionsstörungen
17. Bei Frauen: Zyklusstörungen

VOLLMACHT

Ich bevollmächtige folgende Personen

zur Abholung von Rezepten / Überweisungen
 Befunden jeglicher Art

EINWILLIGUNGEN

- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Fachärzte, Krankenhaus, Fremdlabor, Physiotherapeuten usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.
- Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden.

Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung.

Für andere als die genannten Zwecke darf die Hausarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Datum, Unterschrift Patient/in,
Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter