

ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT



PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
DR. MED. CHRISTIAN FLEISCHHAUER
DR. MED. HELGA BOLLAND

ÜBERÖRTLICHE
BERUFSAUSÜBUNGSGEMEINSCHAFT
DRES. FLEISCHHAUER

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____ männl. weibl. Alter: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____ Beruf: _____
Krankenkasse: _____ privat gesetzl. Beihilfe Zusatz

ALLGEMEINE ANGABEN

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viel pro Tag? _____
Treiben Sie Sport? Ja Nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____
Haben Sie Kinder? Ja Nein Wenn ja, wie viele? _____
Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat? _____
Leiden Sie unter Schlafstörungen? Ja Nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____
 Operationen Bestrahlung Ja Nein Wenn ja, welche (Jahreszahl?) _____
Ernährungsweise? Mischköstler Vegetarier Veganer
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein Wenn ja, welche? _____
Körpergewicht/-größe? _____ Kilo _____ cm
Haben Sie einen kompletten Impfschutz? Ja Nein (Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit.)
Wann war die letzte Vorsorge-Untersuchung (Check up 35)? _____
Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt? _____

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Bluthochdruck Gefäßerkrankung Schilddrüsenerkr. Diabetes mellitus Arthrose
 Herzinfarkt Thrombose Lebererkrankung Hepatitis Osteoporose
 Schlaganfall Krampfanfälle Nierenerkrankung HIV Gicht
 KHK Asthma/COPD Reizmagen/-darm Krebs/Tumor Migräne
 Schlafapnoe Hauterkrankungen Tinnitus Blutzuckerkrankheit Gelenk-Rheuma
 Allergien Welche? _____
 Sonstiges _____

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt Blutzuckerkrankheit
 Krebs Wenn ja, welcher? _____

STRESS I PSYCHE

Beruflicher/privater Stress Müdigkeit/Leistungsabfall Depressionen/Burn-Out Angst/Panikgefühle

WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Google Website Facebook Empfehlung d. Familie/Freunde/Bekannte

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____ Datum

_____ Unterschrift