

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Pat.-ID \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**  
**Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus.**

Beruf \_\_\_\_\_ Festnetznummer \_\_\_\_\_ Handynummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Größe (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

**Medizinischer Fragebogen**  Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Nein	Ja
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, welche:</u> (z. B. KHK, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörung)
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, welche:</u> (z. B. Asthma, COPD, Schlafapnoesyndrom)
Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, welche:</u> (z. B. Diabetes, Dialyse, Rheuma)
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, welche:</u> (z. B. Herzklappenersatz, Blinddarmentfernung, Hüft-Prothese)
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, welche:</u> (z. B. Heuschnupfen, Penicillin)
Nikotinkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, was:</u> <input type="checkbox"/> Zigaretten <input type="checkbox"/> Zigarren <input type="checkbox"/> E-Zigaretten
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, was:</u> <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Ecstasy <input type="checkbox"/> Heroin <input type="checkbox"/> Kokain <input type="checkbox"/> Amphetamine
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, wie oft:</u> <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> gelegentlich
Familiäre Krebsbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, wer und welche:</u> (z. B. Vater Darmkrebs)
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> , <u>wenn ja, welche:</u>

**Eine detaillierte Befragung erfolgt im Arztzimmer. Bitte halten Sie Ihre Medikamentenliste und etwaige Vorbefunde griffbereit.**

**Einverständniserklärungen** (X notwendig;  wahlweise, bitte ankreuzen, falls einverstanden)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine personenbezogenen Daten (insbesondere Gesundheitsdaten, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunde) elektronisch in der Patientenakte gespeichert, bearbeitet und für die Behandlung benutzt werden
- meine personenbezogenen Daten im Falle einer Behandlung durch einen Assistenten, einen ärztlichen Vertreter oder, im Falle eines Praxisverkaufes, vom Nachfolger verwendet werden dürfen
- der jeweilige Zuweiser (Hausarzt, Facharzt) bzw. Weiterbehandler (Praxis, Klinik, Rehaeinrichtung) über meine Befunde unterrichtet wird
- meine in der Praxis erhobenen Befunde (insbesondere Laborwerte, Pathologiebefunde, Testergebnisse, Ambulanzbriefe) an meine bei Ihnen aktuell hinterlegte E-Mail-Adresse verschickt werden dürfen
- meine in der Praxis erhobenen Befunde (insbesondere Laborwerte, Pathologiebefunde, Testergebnisse, Ambulanzbriefe) per E-Mail an Zuweiser (Hausarzt, Facharzt) bzw. Weiterbehandler (Praxis, Klinik, Rehaeinrichtung) verschickt werden dürfen

Pohlheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_