



Herzlich willkommen in unserer Hautarztpraxis!

Sehr geehrte/r Patient/in, zum Abgleich Ihrer aktuellen Kontaktdaten möchten wir Sie bitten, dieses Formular auszufüllen

---

Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon / Mobil
------	---------	--------------	-----------------

---

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Im Rahmen einer individuellen und ganzheitlichen Behandlung bitten wir um einige Angaben. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Füllen Sie den Fragebogen bitte sorgfältig und vollständig aus, um die ärztliche Untersuchung optimal vorzubereiten.

**Allgemeine Gesundheitsfragen:**

	Ja	Nicht bekannt
Allergien (Heuschnupfen, Nesselsucht, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann _____		
Asthma (Husten, Atemnot, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wann _____		
Allergien (Medikamente, Antibiotika, ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche _____		
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebsleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche _____		
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Herzklappe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche _____		
Zucker (Diabetes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche _____		
Darmentzündungen (M. Crohn/Colitis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, welche _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Welche?	
<hr/>		
Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ungewiss
		<input type="radio"/> ja ____ .Woche
Blutverdünner (Marcumar, Aspirin, ...)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Nehmen Sie an einem „DMP-Versorgungs-Programm“ Ihrer Krankenkasse teil?  
 Zucker       Asthma       Herz



## **Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V und nach DSGVO**

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien (Labor Stein Mönchen Gladbach)  
zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- DermatoPathologie Duisburg-Essen
- Privatärztliche Verrechnungsstelle MedCom

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

\_\_\_\_\_

Bitte denken Sie daran, dem/der Bevollmächtigten eine gültige Versicherungskarte mitzugeben.  
Der/ die Bevollmächtigte muss sich weiterhin auf Verlangen mit Personalausweis ausweisen können.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hautarzt, meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zuführenden Dokumentation bzw. der weiteren Behandlung, an meinen Hausarzt oder andere Ärzte übermittelt (gem. § 73 Abs. 1 b SGB V).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich bin berechtigt, gemäß BDSG §20 Absatz 5 diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)