



Herzlich willkommen in unserer Hautarztpraxis!

Im Rahmen einer individuellen und ganzheitlichen Behandlung bitten wir um einige Angaben.
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Füllen Sie den Fragebogen bitte **GUT LESERLICH IN DRUCKBUCHSTABEN**
sorgfältig und vollständig aus, um die ärztliche Untersuchung optimal vorzubereiten.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Telefon / Mobil	E-Mail-Adresse
-----------------	----------------

Allgemeine Gesundheitsfragen:

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

Nächste Seite →



Hautärzte Bergheim | Hauptstr. 35 | 50126 Bergheim

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 Mönchengladbach)
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/sonstige ärztl. Unterlagen 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)