



Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Unklare Fragen markieren Sie mit einem Fragezeichen.

Name, Vorname _____ Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Bestehen bei Ihnen **Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten**? nein ja

wenn ja, welche? _____

Haben Sie bisher **ernsthafte Erkrankungen** durchgemacht? nein ja

wenn ja, welche? wann? _____

Bestehen bei Ihnen **chronische Erkrankungen**? nein ja

wenn ja, welche und seit wann? _____

Sind Sie schon einmal **operiert** worden? nein ja

wenn ja, an was? wann? wo? _____

Sind in Ihrer **Familie Krankheiten** (Diabetes / hoher Blutdruck / Krebs etc.) aufgetreten? nein ja

wenn ja, welche bei wem? _____

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig **Medikamente** ein? nein ja

wenn ja, welche? (Bitte auch die Dosierung und die Einnahmehäufigkeit mit angeben)

Rauchen Sie? nein ja

Wenn nein, haben Sie früher geraucht? nein ja

Ihr **Alkoholkonsum**? täglich 1-2x/Woche gelegentlich nie

Ihr erlernter und ggf. aktuell ausgeübter **Beruf**? _____

Ihr **Familienstand**? _____

Datenschutzhinweis: Die Beantwortung dieser Fragen dient der Optimierung Ihrer Behandlung, erfolgt jedoch selbstverständlich auf freiwilliger Basis. Die Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Erklärung

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung
und zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Name, Vorname _____ geb. Datum: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass

- meine Patientendaten aus der Praxis Dr. med. Gottfried Groh von Herrn Dr. med. Tobias Groh übernommen werden dürfen.
- die Praxis Dr. Groh
 - mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf
 - mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bedarfsweise an mich behandelnde andere Ärzte und Gesundheitsdienstleister übermitteln darf.
- die o.g. Praxis alle im Rahmen meiner Kontakte mit der Praxis erhobenen personen- und gesundheitsbezogenen Daten (Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Arztbriefe etc.) im Rahmen gesetzlicher Datenschutzvorgaben speichern darf.
- mich betreffende Gesundheits- und Abrechnungsdaten im Rahmen der gesetzlich definierten Aufgaben an Krankenversicherungen und Kassenärztliche Vereinigungen weitergegeben werden dürfen.
- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass die o. g. Praxis meinem/r neuen Hausarzt/ärztin die über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann, wobei mir bewusst ist, dass der Gesetzgeber verpflichtende Aufbewahrungsfristen für Gesundheitsdaten vorschreibt, auf die die Praxis keinen Einfluss hat.

Zwickau,

Datum

.....

Unterschrift (ggf. d. ges. Vertr.)

Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung und § 73 Abs. 1 b SGB V