Aufnahmebogen

Praxis Dr. Hunn

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis.
Damit wir uns ein genaueres Bild von Ihnen machen können, würden wir Sie bitten, im Folgenden ein paar Fragen zu beantworten.
Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis beim nächsten mal mit.

Datum:

Vorname **Nachname** **E-Mail**

Adresse **Telefon**

Haben Sie Kinder?
◯ Ja ◯ Nein

Sind Sie verheiratet?
◯ Ja ◯ Nein

Wenn ja, in welchem Jahr war/ waren die Geburt/en?

Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?

Wie viel Alkohol trinken Sie?

Wie groß und schwer sind Sie?

Haben Sie bekannte Allergien (besonders gegen Medikamente, z. B. Penicillin) ? Wenn ja, wogegen?
◯ Ja ◯ Nein | Wogegen?:

Waren Sie schon mal im Krankenhaus? Wenn ja, wann und warum?
◯ Ja ◯ Nein | Wann und warum?:

Hatten Sie schon mal einen Unfall? Wenn ja, wann?
◯ Ja ◯ Nein | Wann?:

Haben Sie chronische Vorerkrankungen? Wenn ja, welche?
◯ Ja ◯ Nein | Welche?:

Sind in Ihrer Familie chronische Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche?
◯ Ja ◯ Nein | Welche?:

Diabetes/ Zuckerkrankheit?
◯ Ja ◯ Nein

Lungenerkrankungen?
◯ Ja ◯ Nein

Krebserkrankungen?
◯ Ja ◯ Nein

Herzerkrankungen?
◯ Ja ◯ Nein

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? Wenn ja, welche?
◯ Ja ◯ Nein | Welche?:

Haben Sie einen Impfausweis oder eine Patientenverfügung?
◯ Ja ◯ Nein

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft? Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum:

BioNTech/Pfizer ◯ Moderna ◯ AstraZeneca ◯ Johnson&Johnson ◯

www.praxis-hunn.de · info@praxis-hunn.de · 0231 98655-11 · Wittener Str. 8 • 44149 Dortmund

Praxis Dr. Hunn

Entbindung von der Schweigepflicht

Vorname: _____ **Nachname:** _____ **Geburtstag:** _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der Datenschutzverordnung, die am 25.05.18 in Kraft getreten ist, möchten wir unsere Tätigkeiten rechtlich absichern. Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es unter Umständen notwendig, Untersuchungsmaterial (z. B. Blut, Urin, Stuhl) laborchemisch zu untersuchen. Dafür müssen Ihre personenbezogenen Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Diese Daten unterliegen dem Schutz des Bundesdatenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht wie wir auch.
Wir bitten Sie deswegen um Ihre Zustimmung, Materialien weiterhin verschicken zu dürfen an die u.g. Laborärzte.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde meine Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Laborgemeinschaft Rosenthal und dem Labor Eberhardt, Dortmund. Mir Ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zulamft durch einfache schrtftlfche Erklärung widerrufen kann.

Datum, Unterschrift

Des weiteren bitten wir Sie um Ihre Zustimmung, Unterlagen und medizinische Befunde von anderen Ärzten, Krankenhäusern und Psychiatern anfordern zu dürfen, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden und Ihre gesundheitliche Versorgung bestlllöglich und auf höchstem Niveau zu ermöglichen.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung und entbinde meine Ärzte/Psychiater von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Praxis Dr. Hunn, Dortmund und erkläre mich damit einverstanden, dass Befunde und Briefe an die Praxis Dr. Hunn übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass Ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.

Datum, Unterschrift

www.praxis-hunn.de · info@praxis-hunn.de · 0231 98655-11 · Wittener Str. 8 • 44149 Dortmund