



Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Telefonnummer**

**Anschrift** (Straße, Ort)

**Email** (wichtig für evtl. Videosprechstunde)

Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Allergien (z.B. Medikamente)    nein    ja, folgende \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?     nein     ja, Stück pro Tag \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?     nein     ja,  selten  regelmäßig

Sind sie schwanger?     nein     ja, \_\_\_\_ . Schwangerschaftswoche

### **Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, bitte ankreuzen**

- Bluthochdruck     Zuckerkrankheit     Herzinfarkt     Schlaganfall  
 Thrombose     Lungenerkrankung     Krebserkrankung     Schilddrüsenerkrankung  
 Fettstoffwechsel     Sonstige: \_\_\_\_\_

### **Operationen/Bestrahlungen in der Vorgeschichte**

- nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_

### **Traten in Ihrer nahen Verwandtschaft (Eltern/Geschwister) folgende Krankheiten auf?**

- Bluthochdruck     Zuckerkrankheit     Herzinfarkt     Schlaganfall  
 Thrombose     Lungenerkrankung     Krebserkrankung     Schilddrüsenerkrankung  
 Fettstoffwechsel     Sonstige: \_\_\_\_\_

### **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

- nein     ja, folgende \_\_\_\_\_

### **Soziale Anamnese**

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum \_\_\_\_\_    Unterschrift \_\_\_\_\_



## Einverständiserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Krankenkasse

- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung zu verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, per Telefon oder auf elektronischem Weg kontaktiert zu werden (z.B. zur Befundübermittlung). Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass Befunde und Rezepte von Dritten (Angehörige, Pflegedienste, Apotheken usw.) abgeholt werden können. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Passau

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw.  
gesetzlicher Vertreter

  
.....  
Unterschrift des Arztes