



Gesundheits-Fragebogen GP Dres. Haversath

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

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Telefonnummer _____

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) _____

Allergien gegen Medikamente nein

ja, folgende _____

Sonstige Allergien nein

ja, folgende _____

Trinken Sie Alkohol?

nein

ja: selten regelmäßig

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

Bluthochdruck

Zuckerkrankheit

Herzinfarkt

Schlaganfall

Thrombose

Lungenerkrankung

Krebserkrankung

Schilddrüsenerkrankung

Fettstoffwechsel

Sonstige: _____

Operationen/ Unfälle in der Vorgeschichte

nein

ja, folgende: _____

Nehmen Sie gegenwärtig regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja, folgende: _____

Hausarzt bzw. Hausärztin: _____

Haben Sie eine Sehhilfe (z.B. Brille oder Kontaktlinsen)

nein

ja: für die Ferne, für die Nähe (Lesebrille), Gleitsicht

Beruf _____

Arbeitgeber _____

Nummer Personalausweis oder Reisepass _____

Hiermit versichere 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