

Liebe Patientin, lieber Patient,

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

PATIENTENDATEN

Name		Vorname		Geb.-Datum	
Adresse					
Telefon		Mobil		eMail	
Beruf					

BEHANDELNDE ÄRZTE

Bisheriger Hausarzt	
Fachärzte	

VORERKRANKUNGEN

Herz / Kreislauf	
Lunge	
Infektionen	
Psyche	
Operationen	
Sonstiges	

GESUNDHEITSANGABEN

Rauchen Sie?		Wieviel?	
Alkoholkonsum?			
Allergien?			
Größe		Gewicht	

REGELMÄßIGE MEDIKAMENTENEINNAHME

Medikament		Dosis		Einnahmezeit	
Medikament		Dosis		Einnahmezeit	
Medikament		Dosis		Einnahmezeit	

Medikament	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>	Einnahmezeit	<input type="text"/>
Medikament	<input type="text"/>	Dosis	<input type="text"/>	Einnahmezeit	<input type="text"/>

Datum..... Unterschrift.....

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!
Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.
Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

IHR PRAXISTEAM

Erklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Die Informationen zur Datenverarbeitung nach Art. 13 Abs. 1 und 2 DSGVO im Rahmen des Behandlungsvertrages habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. (Diese stehen Ihnen bei uns im Wartezimmer zur Verfügung)

Datum..... Unterschrift.....

Einwilligung zur Teilnahme am Recall-Verfahren

Hiermit willige ich ein, dass mich Die Praxis Wolfegg per Telefon, Post oder eMail kontaktieren darf, um mich an Vorsorgeuntersuchungen oder fällige Impfungen zu erinnern.

Datum..... Unterschrift.....