



Sehr geehrte Patienten/innen,

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: _____ **E-Mail:** _____

Grad der Behinderung: _____ **Pflegegrad:** _____

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

Wenn ja, welche? _____

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.

**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

- 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.

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

persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Vollmacht für die Abholung / Ausstellung von personenbezogenen Dokumenten in der Arztpraxis

Ich _____

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Vollmachtgeberin/s

Adresse der/des Vollmachtgeberin/s

bevollmächtigte hiermit

Name, Vorname und Geburtsdatum der/des Bevollmächtigten

Adresse der/des Bevollmächtigten

Telefonnummer der/des Bevollmächtigten

zur Abholung / Ausstellung der folgenden Dokumente:

☐ Rezepte ☐ Überweisungen ☐ Befunde

☐ sonstiges: _____

in der Arztpraxis Dr. Tobias Groh, Leipziger Str. 2a, 08056 Zwickau

Zwickau, _____
Datum

persönliche Unterschrift der/des Vollmachtgeberin/s

Bitte beachten Sie, dass die Identität der/des Bevollmächtigten durch ein amtliches Dokument mit Bild nachgewiesen werden muss.