



Schmerztherapie, Sportmedizin & Hausärztliche-Versorgung
Dr. med. Schappert und Schön
Überörtliche Gemeinschaftspraxis

Grafenbergerallee 135 / Friedrich- Ebert-Str. 31
40237 Düsseldorf / 40210 Düsseldorf

Patientendaten

Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:	<input type="text"/>
Anschrift:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefonnr:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

DSGVO Verordnung

Ich bin damit einverstanden, dass die Personenbezogenen Daten die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, sowie meine Daten zu Diagnose und Therapie in der o.g. Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Die Patienteninformationen zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO habe ich gelesen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich an Termine erinnert bzw. mich über die bekannten Kontaktdaten kontaktiert. (Bitte diesen Satz streichen, falls Sie nicht einverstanden sind).

Folgende Personen dürfen nach vorheriger Mitteilung bis zum Widerruf für mich Verordnungen abholen:

Datum:

Unterschrift digital: oder

Unterschrift von Hand: _____



Liebe Patientin, Lieber Patient!

Wir freuen uns Sie unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten Name:

Anschrift:

PLZ/Ort: Tel.Nr:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt, wenn ja, bitte ankreuzen:

- Diabetes Schilddrüsenerkrankungen oBluthochdruck KHK Herzschwäche
 Lungenerkrankungen Schlaganfall erhöhte Blutfette Operationen
 Krebserkrankungen Thrombose Baucherkrankungen psychische Erkrankungen

Andere, nicht aufgeführte:

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

Wenn 'Ja' an welchem: KHK Asthma COPD Diabetes

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Medikament	Menge Morgens	Menge Mittags	Menge Abends
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Haben Sie bekannte Allergien (vorallem gegen Medikamente)? Ja Nein

Wenn 'Ja', welche:

Körpergröße: in cm Körpergewicht: in kg



Wann wurden Sie zuletzt geimpft, gegen:

Tetanus: Diphtherie:
Pneumokokken: Keuchhusten:
Masern: Grippe:
Covid 19: und wie oft:

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter Check-up?:

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Ja Nein Wenn ja, wann:

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: St Seit wann: Jahre

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Wenn ja wie viel und wie häufig:
Seit wann: Jahre

Letzte Augenkontrolle am:

Letztes EKG/ Belastungs- EKG am: Letzte Langzeit Blutdruckmessung:

Wichtig!

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

- Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen Schlaganfall
 Durchblutungsstörung der Beine

Freizeitaktivitäten/ Sport:

Beruf:

Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus berentet allein stehend

Haben Sie interesse an einer individuellen Ernährungsberatung? Ja Nein

Hatten Sie in der Vergangenheit bereits spezielle Ernährungsberatung? Ja Nein

Was ist Ihr konkretes Anliegen an uns:

- Hausärztliche Betreuung Regelmäßige Kontrollen nach Gesundheitspass
 Wissensbedarf (Schulung) Andere:

Hiermit bestätige Ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis, meine persönlichen Daten in der Patientenakte zu hinterlegen. Diese Daten sind ausschließlich für den Internen Praxisgebrauch vorgesehen und dürfen nicht an dritte weiter gegeben werden.

Datum: Unterschrift digital: oder

Unterschrift von Hand: _____