

## Neupatienten Erhebungsbogen

---

Wir wollen gut auf Sie und Ihre Lebensumstände vorbereitet sein. Was Sie an Informationen haben, bringen Sie bitte mit. Was Sie wissen, tragen Sie bitte ein. Was nicht zutrifft, streichen Sie durch.

Je mehr wir über Sie wissen, desto besser können wir Ihnen helfen wenn es darauf ankommt !

Wir benötigen Folgende Unterlagen von Ihnen:

- Chipkarte, ggf. Befreiungskarte
- alle vorhandenen Impfpässe
- Krankenhaus- und ambulante Briefe, wichtige medizinische Unterlagen
- Patientenverfügung / Vollmachten

### Ihre Informationen

Nachname	
Vorname	
(Geburtsname)	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
Telefon Festnetz	
Telefon Handy	
Emailadresse	
Familienstand	
Adresse (Ort, Ortsteil, PLZ, Straße und Nummer)	
Ungefähre Entfernung zur Praxis in km	

### Erwerbstätigkeit

Erwerbstätig ja/nein	
Stunden / Woche	
Firmenname	
Firmenadresse	
Ihre Firmen-Telefon Nummer	
Tätiger Beruf (allgemeine Bezeichnung)	
Erlerner Beruf (höchste Qualifikation oder zuletzt)	

## Bezugspersonen

Menschen / Pflegedienste denen wir über alles von Ihnen Auskunft geben dürfen:

Beziehung (z.B. Tochter, Nachbar)	
Nachname	
Vorname	
(Geburtsname in Klammern)	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
Telefon Festnetz	
Telefon Handy	
Emailadresse	
Adresse (Ort, Ortsteil, PLZ, Straße und Nummer)	
Bestehen Vollmachten über Sie?	

Beziehung (z.B. Ehefrau, Tochter, Nachbar, ...)	
Nachname	
Vorname	
(Geburtsname)	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
Telefon Festnetz	
Telefon Handy	
Emailadresse	
Adresse (Ort, Ortsteil, PLZ, Straße und Nummer)	
Bestehen Vollmachten über Sie?	

## Medizinisch

Zuzahlungsbefreit? (wenn ja, bis wann?)	
Pflegegrad	
Grad der Behinderung und Merkzeichen	
Patientenverfügung ja/nein	
Größe in cm	
Gewicht in kg	



## Wichtige bekannte Diagnosen


## Allergien auf Medikamente

Welches Medikament?	Welche Reaktion?

## Lebensmittel oder andere Stoffe mit starker Reaktion

Welcher Stoff?	Welche Reaktion?

## Eigene Anmerkungen

# Einwilligung zur Verarbeitung/Übermittlung von Patientendaten

Die Daten die ich angegeben habe darf die Hausarztpraxis Strauß verarbeiten und speichern. Ich habe jederzeit das Recht auf Widerruf und Löschung der Daten. Die Daten werden bei uns bzw. unzugänglich hoch-verschlüsselt zur Sicherung extern gespeichert. Meine angegebene Email darf als Kommunikationsweg genutzt werden.

<p><b>1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)</b></p> <p>Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses die Hausarztpraxis Dr. Strauß mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.</p>
<p><b>Information für Fachärzte</b></p> <p>Hausarztpraxis Dr. Strauß, Kaltennordheim 036966 16 99 99</p>
<p><b>2. Berechtigung Dritter (optional)</b></p> <p>Ich willige des Weiteren ein, dass an oben benannte Dritte die meine Daten und Verordnungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) durch die Hausarztpraxis Dr. Strauß übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, sodass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten.</p> <p>– <b>Siehe Personen auf Seite 2</b></p>
<p><b>Transportunternehmen/Fahrdienste</b></p> <p>Dürfen auf unseren Auftrag Ihre personenbezogenen Daten nutzen um Sie zu transportieren.</p>
<p><b>Mir ist bewusst, dass von o. a. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von medizinischen Leistungserbringern der Ziffer 1), deren Mitarbeiter in meinem Interesse in der Praxis erscheinen (z. B. Pflegeheim, Sanitätshaus, Häusliche Krankenpflege etc.) kann insofern ein Identifikationsnachweis erforderlich werden.</b></p>
<p><b>3. Widerrufsmöglichkeit</b></p> <p>Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.</p>

Ansprechpartner ist Dr. Strauß. 036966 16 99 99 oder [strauss@rhoen-aerzte.de](mailto:strauss@rhoen-aerzte.de)

Wir freuen uns, dass wir Ihnen die Vorteile der digitalen Welt anbieten können, so können wir uns gemeinsam auf die Zukunft vorbereiten.

**Hausarztpraxis Dr. Strauß – ganzheitlich gesund**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters