





**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?**

|                                        |      |    |
|----------------------------------------|------|----|
| Bluthochdruck                          | Nein | Ja |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes              | Nein | Ja |
| Herzerkrankungen                       | Nein | Ja |
| Schlaganfall                           | Nein | Ja |
| Durchblutungsstörungen                 | Nein | Ja |
| Tumorerkrankung                        | Nein | Ja |
| Chronische Infektionskrankheiten       | Nein | Ja |
| Fettstoffwechselstörungen              | Nein | Ja |
| Lebererkrankungen                      | Nein | Ja |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen    | Nein | Ja |
| Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD) | Nein | Ja |
| Thrombose oder Lungenembolie           | Nein | Ja |
| Schilddrüsenerkrankung                 | Nein | Ja |
| Erkrankungen des Verdauungstraktes     | Nein | Ja |
| Rheuma                                 | Nein | Ja |
| Augenerkrankungen                      | Nein | Ja |
| Beschwerden beim Wasserlassen          | Nein | Ja |

**Sonstige chronische Erkrankungen:**

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen wie Bluthochdruck, Zuckerkrankheit/ Diabetes, Herzerkrankungen, Schlaganfall, Blutungsstörungen/Bluterkrankungen, Tumorerkrankungen, Thrombose/Lungenembolie bekannt?

Falls vom bisherigen Hausarzt Vorbefunde angefordert werden können geben Sie uns bitte Bescheid.

**Bisheriger Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen.

Für privat Versicherte:

Bitte teilen Sie uns vor Beginn der Behandlung mit, wenn Sie einen Tarif mit reduzierten Leistungen und Abrechnungssätzen abgeschlossen haben („Basistarif“ bzw. „Standardtarif“):

Normaltarif                      Basistarif (reduziert)                      Standardtarif (reduziert)

Falls abweichender Hauptversicherter:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Metzingen, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift

Praxis Alte Post BAG , 72555 Metzingen, Eisenbahnstr. 26

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



PRAXIS  
Alte Post

Eisenbahnstraße 26  
72555 Metzingen  
Tel. 07123 304620  
www.hausarzt-metzingen.de  
kontakt@hausarzt-metzingen.de

Johannes Jakober  
Dr. Vincent Müller  
Fachärzte für Allgemeinmedizin

### **Datenschutzinformation für Patienten**

In unserer Praxis werden personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, zum Zweck der medizinischen Behandlung, Terminverwaltung, Abrechnung sowie gesetzlicher Dokumentationspflichten verarbeitet.

Eine Weitergabe erfolgt nur an medizinisch notwendige Stellen oder Dienstleister mit Vertrag zur Auftragsverarbeitung.

Soweit medizinisch erforderlich, können Behandlungsdaten mit weiterbehandelnden Ärzten, medizinischen Einrichtungen oder Laboren ausgetauscht werden. Dies erfolgt auf Basis gesetzlicher Vorgaben oder im Rahmen der medizinischen Behandlung. In Einzelfällen kann die Übermittlung auch elektronisch erfolgen. Dabei achten wir auf angemessene Sicherheitsmaßnahmen.

Sie haben jederzeit Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung sowie Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde.

Der Patientenaufruf erfolgt über Monitor im Wartebereich mit Anzeige von Name und Zimmernummer. Die ausführliche Datenschutzinformation ist in den Praxisräumen einsehbar.

### **Einwilligungen (freiwillig)**

Ich willige ein, dass ich per E-Mail kontaktiert werden darf. E-Mail: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation Sicherheitsrisiken birgt.

Ich willige ein, dass ich per SMS für Termin- und organisatorische Informationen kontaktiert werden darf. Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### **Freigabe für Angehörige / Vertrauenspersonen**

Ich erlaube folgenden Personen medizinische Auskünfte zu erhalten, Befunde abzuholen, Rezepte abzuholen sowie Termine zu vereinbaren:

| Name | Beziehung | Telefonnummer | Notfallkontakt |
|------|-----------|---------------|----------------|
|      |           |               | a<br>rein      |
|      |           |               | a<br>rein      |
|      |           |               | a<br>rein      |

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## **Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden**

Durch den Patienten auszufüllen!

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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 an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift