



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient .....  
Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Anschrift .....  
Straße ..... Hausnummer ..... Postleitzahl ..... Wohnort .....

Tel. (Privat) ..... E-Mail .....

Tel. (Büro) ..... Mobil .....

Hausarzt ..... (vorheriger) Beruf .....

**Rauchen Sie?**  ja /  nein /  aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?**  ja /  nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? \_\_\_\_\_

**Sind Sie Schwanger?**  ja /  nein **Haben Sie Haustiere?**  ja /  nein **Schnarchen Sie?**  ja /  nein

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**  ja /  nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

**Operationen (HNO)?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Allergien?**  ja /  nein Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Medikamentenunverträglichkeit:**  ja /  nein Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Wie viele Infekte** (z.B. Erkältung, Ohren- bzw. Mandelentzündung) **hatten Sie in den letzten 12 Monaten:** \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?**

- Bluthochdruck  Gefäßkrankung  Herzerkrankung  Diabetes mellitus  Augenerkrankung  
 Lebererkrankung  Nierenerkrankung  Schilddrüsenerkr.  Asthma / COPD  Migräne  
 Krebserkrankung  Gemütskrankung  Hauterkrankung  Hepatitis / HIV  Sonstige

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- Bluthochdruck  Gefäßkrankungen  Herzerkrankung  Schlaganfall  Migräne  
 Krebserkrankungen  Diabetes mellitus  Allergien  Asthma / COPD

**Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?**  ja /  nein Wenn ja, welche (z.B. Pille): \_\_\_\_\_

**Tragen Sie Hörgeräte?**  ein  zwei seit \_\_\_\_\_ verordnet durch \_\_\_\_\_ Akustiker \_\_\_\_\_

**Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:** \_\_\_\_\_

- Arzt  Familie  Bekannte(r)  Telefonbuch  Zeitung  Internet  Praxisschild  Sonstiges

**Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden?**  ja /  nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren **E-Mail-Gesundheitsbrief** mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?  ja /  nein

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....  
Datum

.....  
Unterschrift