



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
 Arzt und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung (gemäß § 630c Abs. 1 BGB) zusammenwirken. Für jeden Patienten besteht somit eine Mitwirkungspflicht. Sie als Patient/in sollten alle für die Behandlung bedeutsamen Umstände offenlegen. Diese Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Vorgeschichte sind freiwillig, jedoch für Ihre optimale Behandlung in unserer Praxis erforderlich. Daher bitten wir Sie um sorgfältige Beantwortung der nachstehenden Fragen.

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

1. Beschreiben Sie Ihre Beschwerden \_\_\_\_\_

---



---

Wann treten die Beschwerden auf?

nachts \_\_\_\_\_  in der Arbeit \_\_\_\_\_  nach dem Essen \_\_\_\_\_   
 morgens \_\_\_\_\_  zuhause \_\_\_\_\_  bei Aufregung \_\_\_\_\_   
 tagsüber \_\_\_\_\_  Tag und Nacht \_\_\_\_\_  bei Anstrengung \_\_\_\_\_

2. Rauchen Sie? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_ Wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_

Haben Sie früher geraucht? Wie viel? Bis wann? \_\_\_\_\_

3. Sind Sie schwanger? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

4. Haben Sie Haustiere? Wenn ja, welche, seit wann? \_\_\_\_\_

5. Sind Vorerkrankungen bekannt? (z.B. Allergien, Bluthochdruck, Diabetes, Venenleiden, OP´s)

**WICHTIG! Haben Sie ansteckende Krankheiten?** (z.B. Tuberkulose, HIV, Hepatitis C, MRSA) JA  NEIN

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

6. Haben oder hatten Sie beruflich mit gesundheitsgefährdenden Stoffen zu tun? JA  NEIN

7. Schnarchen Sie? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Sind Sie tagsüber vermehrt müde? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

8. Haben Sie Beschwerden – beim Wasserlassen? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

– beim Stuhlgang? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Müssen Sie nachts häufiger zur Toilette? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

9. Besteht eine ungewollte Gewichtsabnahme? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Leiden Sie unter Nachtschweiß? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Leiden Sie unter häufigem Sodbrennen? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

10. Wie viel Alkohol trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

11. Welche Medikamente (Tabletten, Spray) nehmen Sie zurzeit? \_\_\_\_\_

---



---

12. Gibt es Krankheiten in Ihrer Familie (z.B. Krebs-, Herz-, Lungenkrankheiten, Rheuma, o. ä.)?

---



---

13. Welche Impfungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?

---



---

**Bitte wenden und auch die Fragen auf der Rückseite beantworten!** 



FORTSETZUNG VON SEITE 1

14. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Medikamente? \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, gegen:
- Penicilin \_\_\_\_\_   
 Antibiotika \_\_\_\_\_   
 Fieber-/Schmerzmittel \_\_\_\_\_   
 Pflaster \_\_\_\_\_  Sonstige \_\_\_\_\_
15. Leiden Sie unter
- Augenjucken / -tränen / -schwellung \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Niesreiz / Schnupfen / verstopfter Nase \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Reizhusten \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Ekzeme / Hautveränderung \_\_\_\_\_ JA  NEIN
16. In welcher Jahreszeit treten die Beschwerden auf?
- Ganzjährig \_\_\_\_\_   
 Frühjahr \_\_\_\_\_   
 Sommer \_\_\_\_\_   
 Winter \_\_\_\_\_  Oder im Monat \_\_\_\_\_
17. Besteht eine Überempfindlichkeit gegen Insektenstiche? \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, welche Reaktionen treten auf?
- Starke Schwellung / Quaddelbildung \_\_\_\_\_   
 Atemnot \_\_\_\_\_   
 Kreislaufbeschwerden \_\_\_\_\_
18. Besteht eine Pollen- oder Hausstaubmilbenallergie? \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, welches Allergen: \_\_\_\_\_
19. Bisherige Diagnostik / Behandlung:
- Wurde eine Blutuntersuchung bezüglich bestimmter Allergiewerte durchgeführt \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Wurde Milbensanierung (Cover) durchgeführt \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wurde Hyposensibilisierungsbehandlung durchgeführt \_\_\_\_\_ JA  NEIN   
 Wenn ja, wann: \_\_\_\_\_ subcutan  sublingual
20. Wurde innerhalb der letzten 2 Jahre ein Allergietest durchgeführt? \_\_\_\_\_ JA  NEIN

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_



## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Informationsweitergabe / Schweigepflichtentbindung / Datenschutzverordnung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wie in unserer ausführlichen Information zum Datenschutz dokumentiert, nehmen wir den Schutz Ihrer persönlichen Daten ernst und halten uns an die Regeln der gesetzlichen Datenschutz-Verordnung. Wir bitten Sie diese Einverständniserklärung auszufüllen und zu unterschreiben. Bedenken Sie bitte, dass wir ohne Ihre Einwilligung gegebenenfalls nur eingeschränkt arbeiten können.

Name / Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr. / PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon / E-Mail \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Folgende Vertrauenspersonen sind dazu berechtigt die für mich ausgestellten Rezepte und Befundberichte entgegenzunehmen:

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde mit meinem Hausarzt/anderen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, bei denen ich unter- sucht wurde, oder in Behandlung bin, schriftlich oder telefonisch austauschen. Dies gestatte ich auch auf elektronischem Wege (Fax, E-Mail, E-Brief). **Sofern ich hiermit der Übermittlung meiner Daten zugestimmt habe, sind die betreffenden Personen, bzw. Institutionen (u. a. Radiologische Institute, Laborgemeinschaften) verpflichtet, diese Informationen den behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen.** Die behandelnden Ärzte dürfen diese Daten und Befunde nur zum Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen verwenden.

JA  NEIN  Im Falle einer Praxisübergabe gestatte ich, dass meine persönlichen und medizinischen Daten einem Praxismachfolger ohne Einschränkungen überlassen werden.

JA  NEIN  Ich bin damit einverstanden, dass über bei mir durchgeführte Voruntersuchungen und/oder bestehende Vorerkrankungen Befunde angefordert und elektronisch in meinen Patientendaten archiviert werden.

JA  NEIN  Ich bin daran interessiert über neue Entwicklungen/Therapien (auch im Rahmen einer Studienteilnahme), die meine Erkrankung betreffen, informiert zu werden.

Ich wurde hiermit darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per Mail absagen muss.

Die Praxis behält sich das Recht, mich über bevorstehende Termine zu informieren.

Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis zur Weitergabe meiner persönlichen und medizinischen Daten jederzeit gesamt oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Hierfür genügt ein formloses Schreiben an die oben genannte Anschrift.

Eine ausführliche Information zum Datenschutz der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin / Patient - bzw. Betreuerin / Betreuer