

Herzlich Willkommen im mvz Ehingen!



Name _____

Vorname _____

Geboren am _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

Wer soll im Ernstfall benachrichtigt werden?

Name/Telefon _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen. Sie helfen uns damit, Sie möglichst gut zu behandeln. Ihre Antworten sind freiwillig und wir wollen dann alles gemeinsam in der Sprechstunde besprechen.

1. Haben Sie **Allergien**, wenn ja, welche?

2. **Vertragen** Sie besondere **Medikamente nicht**, wenn ja, welche?

3. Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Wenn ja, wann war die OP?

4. Nehmen Sie **Medikamente** zur **Blutverdünnung** ein? Wenn ja, welche?

5. Nehmen Sie **regelmäßig** auch andere **Medikamente** ein? Wenn ja, welche?

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkung

Name _____

Vorname _____

Geboren am _____

6. Wurden Sie schon einmal **operiert**? Wenn ja, wann und was?

7. Haben Sie **chronische oder andere wichtige Erkrankungen**? Wenn ja, welche?

Erhöhten Blutdruck, Herz-Kreislaufkrankungen, Gefäßerkrankungen?

Stoffwechsel- oder Hormonstörungen (z.B. Diabetes)?

Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen?

Entzündliche Erkrankungen?

Bösartige Erkrankungen?

Sonstige Erkrankungen?

Welchen Beruf üben Sie aus?

Bitte bringen Sie uns Ihre Impfunterlagen zur Einsicht. Wir beraten Sie dann über eventuell notwendige Auffrisch-Impfungen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Hinweis auf Datenverarbeitung (nach Bundesdatenschutzgesetz): Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des Behandlungsvertrages Daten über meine Person und die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Diese Daten können unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen an Dritte (z.B. Kostenträger, weiter- und mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge oder Behandlung, Rehabilitationseinrichtungen) übermittelt werden.

Datum _____ Unterschrift _____