

Fragebogen Krankengeschichte

Doctor-Medic Mihaela Adam
 Fachärztin für Innere Medizin
 Stellv. ärztliche Leiterin

Name: Größe: Gewicht:

Elena Belotelova
 Fachärztin für Allgemeinmedizin

Beruf: Allergien:

Alma Steffen
 Fachärztin für Allgemeinmedizin

Grund für Ihren Besuch:

Dr. med. univ. Nicolas Rickert
 Facharzt für Urologie
 Ärztlicher Leiter

Hausarzt (falls außerhalb von unserem MVZ):

Chronische Erkrankungen: Bluthochdruck
 Diabetes - Typ 1 / Typ 2 Koronare Herzkrankheit

Erkrankung	Seit wann?	Operationen	Wann?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Rauchen: nie geraucht früher geraucht Ich rauche

Ich habe ca. ____ Päckchen täglich über ca. ____ Jahre geraucht.

Medikament	Stärke (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte geben sie Vorbefunde / Arztbriefe bei der Anmeldung zum Einscannen ab.

Schweigepflichtentbindungserklärung & Einwilligung zum Datenschutz

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mail: _____

Hiermit entbinde ich die Ärztinnen und Ärzte sowie die Praxismitarbeiter des Deutsch-Französischen MVZ von der ärztlichen Schweigepflicht um Informationen zu meiner Erkrankung und deren Verlauf (z. B. Befunde, Laborergebnisse, Arztbriefe, elektronischer Arztbrief mit verschlüsselten Daten) an mitbehandelnde Ärzte oder Kliniken weiterzugeben bzw. von diesen einzuholen.

Ich bin damit einverstanden, dass innerhalb des Deutsch-Französischen MVZ von den Mitarbeitern auf meine Daten zugegriffen werden kann, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Die neue Datenschutzverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Telefon) und meine Gesundheitsdaten gespeichert werden (bis zu 30 Jahren).

Im Rahmen der Einwilligung zum Datenschutz, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Weiterverarbeitung und Befunderstellung an das entsprechende Labor ggfs. an das Krebsregister und nach Fertigstellung wieder an unsere Praxis zurück übermittelt werden.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass Informationen auch telefonisch oder persönlich an folgende Angehörige weitergegeben werden dürfen, sofern deren Identität festgestellt wurde.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geb. Datum oder Adresse

Meine erteilte Schweigepflichtentbindungserklärung kann jederzeit, ohne Angabe von Gründen von mir schriftlich widerrufen werden.

Saarbrücken, den _____

Unterschrift des Patienten /
gesetzlichen Vertreters