

## **Hausarztpraxis Fulda, Gallasiniring 8, 36043 Fulda**

Dr. med. T. Röder / Dr. med. J. Schäfer / Dr. med. M. Müller / Kathrin Vietor-Tögel

Telefon: 0661 / 7 21 48 Fax: 0661 / 24 08 49 E-Mail: [info@hausarztpraxis-fulda.de](mailto:info@hausarztpraxis-fulda.de) [www.hausarztpraxis-fulda.de](http://www.hausarztpraxis-fulda.de)

### **Liebe Patientin bzw. lieber Patient,**

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen!

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen Sie die folgenden Seiten nach bestem Wissen aus.

Bringen Sie dann das ausgefüllte Dokument (zusammen mit Ihrem Impfausweis, möglichen Vorbefunden, möglicher Patientenverfügung sowie Ihrem Versichertenkärtchen) mit zu Ihrem ersten Termin mit.

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon Festnetz:

Handy:

E-Mail:

Beruf:

**Hausarztpraxis Fulda, Gallasiniring 8, 36043 Fulda**

Dr. med. T. Röder / Dr. med. J. Schäfer / Dr. med. M. Müller / Kathrin Vietor-Tögel

Telefon: 0661 / 7 21 48 Fax: 0661 / 24 08 49 E-Mail: info@hausarztpraxis-fulda.de www.hausarztpraxis-fulda.de

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?**

Persönliche Empfehlung

Internet

Zufällig gefunden

Andere:

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Wenn ja, wann und welche Operation?

**Hausarztpraxis Fulda, Gallasiniring 8, 36043 Fulda**

Dr. med. T. Röder / Dr. med. J. Schäfer / Dr. med. M. Müller / Kathrin Vietor-Tögel

Telefon: 0661 / 7 21 48 Fax: 0661 / 24 08 49 E-Mail: info@hausarztpraxis-fulda.de www.hausarztpraxis-fulda.de

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche (Präparat und Dosis)?

Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis? Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Welche Krankheiten sind Ihnen bei Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt?

**Hausarztpraxis Fulda, Gallasiniring 8, 36043 Fulda**

Dr. med. T. Röder / Dr. med. J. Schäfer / Dr. med. M. Müller / Kathrin Vietor-Tögel

Telefon: 0661 / 7 21 48 Fax: 0661 / 24 08 49 E-Mail: info@hausarztpraxis-fulda.de www.hausarztpraxis-fulda.de

Wer war ihr bisheriger Hausarzt? Sind Sie dort in DMP/HZV eingeschrieben?

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung?

Letzte Vorsorgen (Check-up, Krebsvorsorge, Hautkrebsscreening):

Einverständniserklärung (siehe Text im Originalformular)

Fulda, den

(Unterschrift Patient/in)

## Hausarztpraxis Fulda, Gallasiniring 8, 36043 Fulda

Dr. med. T. Röder / Dr. med. J. Schäfer / Dr. med. M. Müller / Kathrin Vietor-Tögel

Telefon: 0661 / 7 21 48 Fax: 0661 / 24 08 49 E-Mail: info@hausarztpraxis-fulda.de www.hausarztpraxis-fulda.de

### Datenschutz – Einwilligungserklärung:

Name:

Geburtsdatum:

Mitbehandelnde / Krankenhäuser / Apotheken / Pflegedienste (Datenübermittlung)

Laborübermittlung

Recall (Terminerinnerung), ggf. per Fax/E-Mail

Für Patienten im Seniorenheim: e  Apothekenzuweisung

An folgende Angehörige / Personen dürfen Informationen weitergegeben werden:

Name:

Name:

Name:

Widerruf: Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Fulda, den

(Name, Vorname – Druckbuchstaben)

(Unterschrift Patient/in)

**Hausarztpraxis Fulda, Gallasiniring 8, 36043 Fulda**

Dr. med. T. Röder / Dr. med. J. Schäfer / Dr. med. M. Müller / Kathrin Vietor-Tögel

Telefon: 0661 / 7 21 48 Fax: 0661 / 24 08 49 E-Mail: info@hausarztpraxis-fulda.de www.hausarztpraxis-fulda.de

**Schweigepflichtentbindungserklärung**

Hiermit entbinde ich

Name:

Geburtsdatum:

wohnhaft:

die Ärztin / den Arzt / die Gemeinschaftspraxis (wenn möglich mit Praxisanschrift):

Fulda, den

(Name, Vorname – Druckbuchstaben)

(Unterschrift Patient/in)