

**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis  
Dres. med. Janina & Jacek Jasiurkowski**

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

Tel. (Mobil) ..... Größe ..... Gewicht .....

**Ernährungsweise?**     Mischköstler     Ovo-lacto Vegetarier     Ovo Vegetarier     Lacto Vegetarier     Veganer

**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    Wenn ja, im wievielten Monat? \_\_\_\_\_ Vorherige Geburten? \_\_\_\_\_

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

**Operationen / Bestrahlung?**     ja /  nein    Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

---

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

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

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Thrombose          | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Diabetes        |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD  | <input type="checkbox"/> Arthrose      | <input type="checkbox"/> Osteoporose     |
| <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr.  | <input type="checkbox"/> Reizdarm       | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Glaukom            | <input type="checkbox"/> Hepatitis      | <input type="checkbox"/> HIV           | <input type="checkbox"/> sonstiges       |

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

- |   |  |   |  |                                    |
|---|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung    | <input type="checkbox"/> Allergie      | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> sonstige  |

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

---

**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-Patientenbrief** 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