

## Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte und zu den jetzigen Beschwerden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vor Beginn der Untersuchung möchten wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen stellen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig und gewissenhaft zu beantworten. Dieser Fragebogen kann natürlich das persönliche Gespräch nicht ersetzen, es jedoch wesentlich erleichtern.

Name, Vorname (Bitte exakt wie auf der Krankenkassen-Karte angegeben):

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum & -ort: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm    Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Geschlecht:    w     m     d

Beruf: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

falls vorhanden:    Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_    Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

### **Aktuelle Beschwerden:**

**Welche und seit wann:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?**

Vorerkrankung(en)	Nein	Ja	Wenn ja, seit wann? Welche?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Magen/Darm Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Fett-Stoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Gelenk-Rheuma, Knochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Tuberkulose/HIV (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Asthma / Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

**Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein  Ja  Wenn ja, welche? Wann?**

Leiden Sie an einer Allergie? Nein  Ja  Wenn ja, welche? Seit wann?

---

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein  Ja  Wenn ja, welche? Wie oft?

Name und Wirkstoffmenge (in mg oder µg)	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

Vorherige Hausärztin/vorheriger Hausarzt:

---

Zigaretten Nein  Ja  Wenn ja, wie viele am Tag und seit wieviel Jahren? \_\_\_\_\_

Alkohol Nein  Ja  Wenn ja, wie oft im Monat? \_\_\_\_\_

**Für Patientinnen:**

Besteht eine Schwangerschaft Nein  Ja

Geburten Nein  Ja  Wie viele:..... Wann:.....

Anitbabypille Nein  Ja

Monatsblutung regelmäßig Nein  Ja

Vorsorge beim Frauenarzt Nein  Ja  Letzte Vorsorge vor ca. .... Monaten



**Leidet jemand aus ihrer Familie an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, welche?**

**Bluthochdruck**                      Nein     Ja  .....

**Herzerkrankung**                      Nein     Ja  .....

**Blutzuckerkrankheit**                      Nein     Ja  .....

**Schlaganfall**                      Nein     Ja  .....

**Asthma**                      Nein     Ja  .....

**Krebserkrankung**                      Nein     Ja  .....

**Andere Erkrankungen**                      Nein     Ja  .....

**Besitzen Sie einen Impfausweis?                      Nein                       Ja**

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

**Vorsorge-Untersuchungen**

Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr?                      Nein                       Ja  , wann \_\_\_\_\_

Vorsorge Darmspiegelung ab 55. Lebensjahr?                      Nein                       Ja  , wann \_\_\_\_\_

Krebsfrüherkennung Männer ab 45. Lebensjahr?                      Nein                       Ja  , wann \_\_\_\_\_

Hautkrebs-Vorsorge ab 35. Lebensjahr?                      Nein                       Ja  , wann \_\_\_\_\_

**Gibt es eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht?                      Nein                       Ja**

**Gibt es einen Ansprechpartner im Medizinischen Notfall?**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Bezug zu Ihnen: \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Empfehlung     Internet     Telefonbuch     Sonstiges  .....

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung Zeit genommen haben.

**Ihr Praxisteam Hausarzt Butzbach am Schloss.**

# PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Hausarzt Butzbach am Schloss

Schlossplatz 4 | 35110 Butzbach

Tel.: 06033 | 925 926 0 || [praxis@hausarztbutzbach.de](mailto:praxis@hausarztbutzbach.de)

## 2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

## 4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

## 5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der hessische Datenschutzbeauftragte

Postfach 3163

65021 Wiesbaden

Tel.: 0611 / 1408 0

## 6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam,

Hausarzt Butzbach am Schloss

**Diese Information habe ich sorgfältig gelesen & erkläre mich mit ihrem Inhalt einverstanden.**

---

Name, Vorname | Geburtsdatum

---

Anschrift

Butzbach, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift