

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir freuen uns, dass Sie den Weg in unsere Praxis gefunden haben und uns Ihr Vertrauen schenken.

Um Ihnen und uns Ihre Behandlung zu erleichtern, möchten wir Sie bitten, uns vorab einige Fragen zu beantworten.



Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Email: _____ Mobiltelefon: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Rauchen: Nichtraucher/in Ex-Raucher/in Raucher/in mit _____ Zigaretten/Tag

Alkohol: nie gelegentlich _____ Gläser/Tag

Sind bei Ihnen **chronische Erkrankungen** bekannt oder haben Sie **schwere Erkrankungen** durchgemacht?

Nein ja wenn ja, welche _____

Wurden Sie schon einmal **operiert**?

Nein ja wenn ja, folgende Operationen (möglichst mit Jahresangabe)

Nehmen Sie regelmäßig oder im Moment akut **Medikamente**?

Nein ja wenn ja, welche _____

Bestehen bei Ihnen **Allergien**, z.B. gegen Arzneimittel, einzelne Arzneimittelbestandteile, Pflanzen, Nahrungsmittel u.a.?

Nein ja, ich habe den Verdacht und wünsche eine Kontrolle

Wenn ja, folgende: _____

Benötigen Sie eine **Auffrischungsimpfung**?

Nein ja Ich wünsche eine Kontrolle meines Impfstatus

Sind Sie an **besonderen Gesundheitsleistungen** interessiert?

Ja, an CheckUp LaborCheck Schlaganfallvorsorge Krebsvorsorge
 Akupunktur Vitamininfusion Eigenbluttherapie Gewichtsreduktion
 Reisemedizin Impfungen Ernährungsanalyse Nährstoffberatung

andere _____

Nein, aber vielleicht zu einem späteren Zeitpunkt

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe
Ihr Rheinpraxen-Team

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in)

Einverständniserklärung Datenverarbeitung



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir für Sie alle aus Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis erforderlichen anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen und sonstigen Maßnahmen (Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenschreibungen u.a.) erbringen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Auch im Hinblick auf die Kooperation und Korrespondenz mit Dritten, beispielsweise anderen Fachärzten, Therapeuten, Pflegediensten oder stationären Einrichtungen, bei denen Sie ggfs. auch in Behandlung sind, bedarf es Ihrer gesonderten ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung. Dieser Informationsaustausch ist für die Erbringung unserer ärztlichen Leistungen notwendig. Selbstverständlich gilt auch bei diesem Datenaustausch die ärztliche Schweigepflicht. Wir dürfen Sie deshalb in Ihrem eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Rheinpraxen die mich betreffenden gesundheits- und personenbezogenen Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten, insbesondere Labore, andere Fachärzte und Krankenhäuser zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermittelt. Ich erkläre mich zudem mit der Weitergabe der für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Befunde und Behandlungsdaten auf Anforderung einverstanden.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungsdaten, Behandlungsdaten und Befunde unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhoben und für die Zwecke der Behandlung gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Mir ist bewusst, dass alle Ärzte und Mitarbeiter, die den Rheinpraxen angehören, meine Daten einsehen können.

Aus Datenschutzgründen ist es ohne vorherige Einwilligung des Patienten nicht erlaubt, personenbezogene Daten (z.B. Laborbefunde) per E-Mail ohne Verschlüsselung (Versender und Empfänger) an Sie zu verschicken. Wenn Sie dies trotzdem wünschen, können Sie dies nachfolgend erlauben:

Ja, meine E-Mail-Adresse lautet _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in)

Einverständniserklärung RECALL



Name: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Rheinpraxen an die nachfolgend gekennzeichneten Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und Verlaufsuntersuchungen/-kontrollen erinnern zu dürfen.

- Früherkennungsuntersuchungen, die von der gesetzlichen Krankenkasse angeboten werden
- Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden
- Verlaufsuntersuchungen und -kontrollen

Bitte erinnern Sie mich auf folgendem Weg:

- E-Mail E-Mail-Adresse _____
- Telefon Telefonnummer _____
- Brief

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in)