



## **Patientendaten:**

_____	_____	_____
Vorname	Nachname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße + Hausnummer	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Mobil / Telefonnummer	Email	

**Bitte zutreffendes Feld ankreuzen!**

### **Einwilligung zur elektronischen Datenübermittlung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail von der oben genannten Praxis erhalte, sofern ich das wünsche - mir elektronisch übermittelt werden. **Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden!**

**Da wir jetzt eine Gemeinschaftspraxis sind, bitten wir Sie um Ihr Einverständnis für den Austausch Ihrer Daten unter den Ärzten Dr. Wittig und Herr Bayer.**

Krankenkasse: gesetzlich: \_\_\_\_\_

privat: \_\_\_\_\_

Die Rechnungsstellung erfolgt nach GOÄ '95 / KVB-Vertrag

Hausarzt oder überweisender Facharzt : : \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns gekommen: Internet

Empfehlung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Gemäß Datenschutzverordnung 05/2018 sind wir verpflichtet Sie zu fragen, ob Sie mit namentlich Aufruf einverstanden sind oder einen anonymen Aufruf Ihrer Person aus dem Wartezimmer bevorzugen.

**Ich möchte gerne wie folgt in der Praxis aufgerufen werden:**

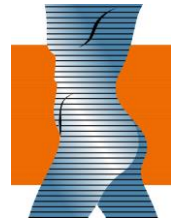
Mit meinem Namen

oder

Anonym

Datum: \_\_\_\_\_ 2021

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_



## Medizinischer Fragebogen

### Welche Beschwerden führen Sie zu uns:

- Enddarmbeschwerden / Hämorrhoiden
- Bauchbeschwerden
- Knoten im Bereich der Haut
- Andere Beschwerden, welche? \_\_\_\_\_

### Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Haben Sie Allergien  nein  ja  
Welche? \_\_\_\_\_

Chronische Infektionen  
(Hepatitis, HIV etc.)  nein  ja  
Welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen  nein  ja  
\_\_\_\_\_

Hatten Sie eine  
Darmspiegelung  nein  ja  
Wann? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie  
Medikamente  nein  ja  
Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?  nein  ja Wenn ja, welche SSW : \_\_\_\_\_

Stillen Sie?  nein  ja



**Sind Sie zufrieden mit uns?** Über eine + positive Online Bewertung freuen wir uns natürlich sehr!

Datum: \_\_\_\_\_ 2021

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_