



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 GOA '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: _____

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: _____

Unterschrift des Patienten: _____