

Patientenfragebogen – Neuanmeldung

Liebe Patientin, lieber Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir Ihre Daten korrekt und vollständig in unser Praxisverwaltungssystem übernehmen können, bitten wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte bringen Sie zusätzlich Ihre Versichertenkarte mit. Vielen Dank!

1 Persönliche Daten

Vorname, Nachname _____

Geburtsname (falls abweichend) _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Anschrift (Straße, Hausnr., PLZ, Ort) _____

Telefon (mobil) * _____

Telefon (Festnetz) _____

E-Mail * _____

* Pflichtangabe – wird für die digitale Praxis-Patienten-Kommunikation (siehe Abschnitt 7) benötigt.

2 Versicherungsdaten

- ☐ gesetzlich versichert bei: _____
- ☐ privat versichert bei: _____
- ☐ Selbstzahler

3 Hausarzt / bisherige Behandlung

Hausarzt (Name, Ort) _____

Überweisung durch _____

Grund des heutigen Besuchs _____

4 Anamnese – Ihre Gesundheit

Damit unsere Ärztinnen und Ärzte beim ersten Gespräch die wichtigsten Informationen zu Ihrer Gesundheit kennen, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen möglichst gewissenhaft (bitte ankreuzen).

Frage	Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)?	☐ Ja	☐ Nein
Bluthochdruck?	☐ Ja	☐ Nein
Durchblutungsstörung des Herzens, z. B. Herzinfarkt?	☐ Ja	☐ Nein
Durchblutungsstörung des Kopfes, z. B. Schlaganfall?	☐ Ja	☐ Nein
Chronische Gelenkbeschwerden, z. B. Rheuma?	☐ Ja	☐ Nein
Chronische Lungenerkrankung, z. B. Asthma oder chronische Bronchitis?	☐ Ja	☐ Nein
Krebserkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein

Ihre Hausarztpraxis am Markt

Dr. med. Hans-Christian Körner · Dr. med. Katharina Körner · Dr. med. Peter Wallbaum

Frage	Ja	Nein
Leiden Sie unter anderen chronischen Erkrankungen? Wenn ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Sind eine oder mehrere der oben genannten Erkrankungen in Ihrer Familie gehäuft aufgetreten?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Sie zurzeit von anderen Fachärzten mitbetreut? Wenn ja, nennen Sie diese bitte.	☐ Ja	☐ Nein
Gehen Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen?	☐ Ja	☐ Nein
Wurden Sie schon einmal in einem Krankenhaus behandelt? Wenn ja, wann und warum?	☐ Ja	☐ Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie Allergien (z. B. Pollenallergie, allergisches Asthma, Nickelallergie) oder Unverträglichkeiten (z. B. Milchzucker, Fruchtzucker, Medikamente)? Wenn ja, welche?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie einen Impfausweis?	☐ Ja	☐ Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?	☐ Ja	☐ Nein
Trinken Sie gewöhnlich Alkohol? Wenn ja, wie viel?	☐ Ja	☐ Nein
Wurden Sie schon einmal auf AIDS oder eine ansteckende Hepatitis untersucht?	☐ Ja	☐ Nein

Körpergröße _____ Gewicht _____

Nehmen Sie an einem DMP (Chroniker Programm) teil? _____

Berufliche Tätigkeit _____

Familienstand _____

5 Notfallkontakt

Name _____

Beziehung zu Ihnen _____

Telefonnummer _____

6 Kommunikationswunsch für Terminerinnerungen

- ☐ Telefon
- ☐ SMS
- ☐ E-Mail
- ☐ keine Erinnerung gewünscht

Hinweis: E-Mail und SMS werden in der Regel unverschlüsselt übertragen. Dritte könnten dadurch theoretisch erkennen, dass Kontakt zu unserer Praxis besteht – nicht jedoch die Inhalte. Sind Sie mit diesem Kommunikationsweg einverstanden?

- ☐ Ja, ich bin einverstanden.
- ☐ Nein, bitte nur telefonisch/postalisch kontaktieren.

7 Digitale Praxis-Patienten-Kommunikation (gesund.de)

Keine Lust auf Warteschleife am Telefon? Mit der kostenlosen App gesund.de erreichen Sie uns bequem vom Handy aus: Nachricht schreiben, Termin vereinbaren, Rezept anfragen – einfach und sicher, wann immer Sie Zeit haben. Nach Ihrer Zustimmung erhalten Sie von uns einen persönlichen QR-Code. Einmal mit der App gescannt, sind Sie mit unserer Praxis verbunden. Wichtig: Dazu müssen Ihre Handynummer und E-Mail-Adresse oben korrekt sein.



- ☐ Ja, ich möchte die digitale Praxis-Patienten-Kommunikation über gesund.de nutzen und meine Kontaktdaten hierfür freigeben.
- ☐ Nein, ich möchte gesund.de nicht nutzen.

8 Einwilligung zur Datenverarbeitung (Datenschutz)

Wir erheben und verarbeiten Ihre personenbezogenen und gesundheitsbezogenen Daten zum Zweck Ihrer Behandlung sowie der Abrechnung auf Grundlage der DSGVO (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 22 BDSG) sowie der ärztlichen Berufsordnung. Ihre Daten werden in unserem Praxisverwaltungssystem gespeichert und nur an berechnete Stellen (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Kostenträger, ggf. Labor) weitergegeben, soweit dies gesetzlich vorgeschrieben oder für Ihre Behandlung erforderlich ist. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte unserem Datenschutzaushang / -merkblatt gem. Art. 13 DSGVO, das wir Ihnen auf Wunsch gerne aushändigen.

Sofern Sie unter Abschnitt 7 die digitale Praxis-Patienten-Kommunikation über gesund.de nutzen möchten, werden Ihre Kontaktdaten zusätzlich an den Anbieter gesund.de übermittelt. Nach Anbieterangabe erfolgt die Speicherung auf Servern in Deutschland, verschlüsselt nach SSL-Standard; ein Verkauf oder Handel der Daten findet laut Anbieter nicht statt. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte den Datenschutzhinweisen von gesund.de.

- ☐ Ich habe die Datenschutzinformationen erhalten und zur Kenntnis genommen.
- ☐ Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner Daten zum genannten Zweck ein.

9 Einwilligung in die Datenweitergabe an Mitbehandler

Im Rahmen Ihrer Behandlung tauschen wir uns bei Bedarf mit anderen an Ihrer Versorgung beteiligten Stellen aus, z. B. bei Überweisungen, Arztbriefen oder Laboruntersuchungen. Hierfür benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung – ohne diese müssten Sie die notwendigen Informationen ggf. selbst weiterleiten.

- ☐ Daten dürfen an mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte übermittelt bzw. von diesen eingeholt werden.
- ☐ Daten dürfen an mit- und weiterbehandelnde Kliniken/Krankenhäuser übermittelt bzw. von diesen eingeholt werden.
- ☐ Laborproben dürfen an ein mit der Praxis kooperierendes Labor (ggf. Speziallabor) zur Untersuchung und Befundung übermittelt werden.

Zu diesem Zweck entbinde ich die genannten Ärztinnen, Ärzte und Einrichtungen bzw. das dort tätige Personal von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich habe jederzeit das Recht auf umfassende Auskunft zu meinen gespeicherten Daten sowie auf

Berichtigung, Löschung oder Sperrung, soweit keine gesetzlichen Vorgaben entgegenstehen. Diese Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formlos widerruflich; bereits erfolgte Datenweitergaben bleiben davon unberührt.

10 Schweigepflichtentbindungserklärung (freiwillig)

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass die Praxis Informationen zu meiner Behandlung an folgende Angehörige weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geburtsdatum	Adresse

Umfang der Entbindung:

- ☐ telefonische Auskünfte zu Befunden / Terminen
- ☐ Abholung von Rezepten / Unterlagen
- ☐ umfassende Auskunft in allen Behandlungsangelegenheiten
- ☐ sonstiges: _____

Diese Einwilligung ist freiwillig und jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerruflich. Sie gilt bis auf Widerruf bzw. bis zum: _____

11 Bestätigung

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (bzw.
gesetzl. Vertreter/in)

