

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie bitten, uns bereits vor der Untersuchung einige Angaben bezüglich Ihrer Vorgeschichte zu machen.

**Name/ Vorname:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**derzeitige Tätigkeit:** \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen **Schwerbeschädigtenausweis und/oder Pflegegrad**.

Bitte nennen Sie den Grad der Behinderung, das Merkzeichen und den Pflegegrad

Ist eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorhanden?

Wenn ja, nennen Sie uns bitte den Namen des Bevollmächtigten:

Sind Sie derzeit **arbeitsunfähig** geschrieben? Wenn ja,

vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_.

von welchem Arzt: \_\_\_\_\_.

Sind Sie auf irgendwelche Substanzen **allergisch** ? Wenn ja, auf welche:

\_\_\_\_\_.

Haben Sie **wichtige chronische Erkrankungen** (z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, grüner Star, Magendarmkrankungen u.s.w.) ?:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

Welche **Medikamente** nehmen Sie ein?:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

Bitte nennen Sie **Unfälle, Operationen und Frakturen** mit Jahresangabe!:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_.

Hinweis nach Art. 13 Abs. 1 der DSGVO : Zweck der Datenverarbeitung ist die Vorbereitung und Durchführung eines Behandlungsvertrages. Die Daten werden für 10 Jahre gespeichert aufgrund § 9 der Musterberufsordnung Ärzte und § 603f Bürgerliches Gesetzbuch. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Datenschutzbeauftragter der Praxis ist Herr Dr. med. Adrian Schubert, zu erreichen unter der Praxistelefonnummer. Sie können diese Einwilligung in die Datenverarbeitung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie uns bitte, dass Sie die Information über Lokalanästhesie und Manualtherapie gelesen und von den Datenschutzhinweisen Kenntnis genommen haben.

**Sind Sie damit einverstanden, dass wir uns Vorbefunde wenn nötig einholen bzw. Berichte an überweisende Ärzte schicken?** Ja [ ] nein [ ]

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient:** \_\_\_\_\_

Wir danken für Ihre Mühe.

Die Mitarbeiter der Praxis Dres. Schubert