

Name: Patienten-ID:

Mobilnummer: E-Mail:

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte füllen Sie zur Vorbereitung Ihrer Vorsorgeuntersuchung diesen Fragebogen
bereits vor dem Sprechstundentermin aus.

Bringen Sie zum Untersuchungstermin bitte mit:
ausgefüllten Fragebogen
Impfausweis

Bedenken Sie bitte, dass es nötig sein kann, sich für die Untersuchung komplett zu entkleiden.
Um Sie bei möglichen abzuklärenden Befunden beraten und ggf. behandeln zu können, kann
es zudem erforderlich sein, dass wir uns über Behandlungsdaten mit anderen fachärztlichen
Praxen austauschen müssen. Hierzu bitten wir um Ihr Einverständnis (s. unten).
Vielen Dank!

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis (nicht Zutreffendes offen lassen):

mit der Anforderung von Befunden und Behandlungsdaten bei anderen (Fach-)Ärztinnen
und -ärzten

Übermittlung erforderlicher Befunde und Behandlungsdaten an andere (Fach-)Ärztinnen
und -ärzte

mit einer Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.

mit dem Übertrag der Daten in meine elektronische Patientenakte

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung zu jedem Zeitpunkt widerrufen kann.
Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Ich wurde über Sinn und Zweck dieser Schwei-
gepflichtentbindung sowie die Folgen einer Verweigerung informiert.

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis gespeichert werden.
Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten. Ich wurde auf die allgemei-
ne Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur
Kenntnis genommen.

.....
Ihr Praxisteam



Wenn eine der folgenden Fragen auf Sie zutrifft – und wenn Sie darüber sprechen wollen, dann kreuzen Sie „JA“ an.

JA NEIN

1. Sind in Ihrer Familie enge Verwandte (Eltern, Geschwister) an einem Herzinfarkt, Darmkrebs, Diabetes oder an Bluthochdruck erkrankt? Wenn ja, wer?
2. Stimmt für Sie der Satz: Ich bewege mich täglich weniger als 30 Minuten (z.B. Spazieren gehen, Sport, Radfahren, Tanzen)?
3. Rauchen/Dampfen Sie? Zig/d
4. Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht unzufrieden?
5. Haben Sie Probleme mit dem Blutdruck?
6. Gehen Sie regelmäßig zum Zahnarzt?
7. Nehmen Sie regelmäßig frei verkäufliche Medikamente/Vitamine ein oder solche, die andere Ärzte oder Heilpraktiker Ihnen verschrieben haben (auch die Pille)?
8. Ist bei Ihnen eine Allergie oder eine Unverträglichkeit bekannt?
9. Haben Sie sich schon mal gesagt, Sie sollten weniger Alkohol trinken?
10. Haben Sie das Gefühl, sich zu lange am Computer oder im Internet aufzuhalten?
11. Oder haben Sie das Gefühl, dass Glücksspiel ein Problem für Sie ist?
12. Fehlen Ihnen Menschen, denen Sie vertrauen und auf deren Hilfe Sie zählen können?
13. Sind Sie arbeitslos oder mit Ihrer Arbeit sehr unzufrieden?
14. Haben Sie ernsthafte finanzielle Sorgen?
15. Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrer Lebenssituation, mit Ihrem Lebenspartner/in oder mit Ihren Kindern?
-
16. Gibt es Angelegenheiten der Familienplanung/Sexualität, über die Sie mit uns sprechen möchten?
17. Haben Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?
18. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
19. Wann war Ihre letzte Tetanusimpfung?
20. **Für Frauen:** Haben Sie noch nie oder lange nicht mehr an einer Krebsvorsorge-Untersuchung am Gebärmutterhals teilgenommen?
21. **Für Frauen:** Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Regelblutung?
22. Wünschen Sie Informationen zur Organspende?
23. Gibt es noch ein weiteres Problem, das Sie ansprechen möchten?
-

.....
Datum

.....
Unterschrift

