



Taunus Medizin

Liebe Patient*in,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und wir uns so schnell wie möglich Ihren Beschwerden und Wünschen widmen können. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden und Ihre Aufnahme schnell und fehlerfrei durchführen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen. Bitte beantworten Sie die Fragen komplett und gewissenhaft. Sollten Sie Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Angaben zu Ihrer Person:

Name, Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Größe in cm		Gewicht in kg	
Familienstand		Anzahl der Kinder	
Straße & Hausnummer			
PLZ & Wohnort			
Beruf			
Kontaktdaten	Privat		
	Geschäftlich		
	Mobil		
	E-Mail		
Notfallkontakt	Name		
	Telefon		
Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar:		
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge pro Tag:		<input type="checkbox"/> nicht mehr, seit:
Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Menge & wie oft:		
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse, Name der Kasse:		
	<input type="checkbox"/> Private Krankenkasse, Name der Kasse:		
Versichert als	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> sonstiges:		
Mitbehandelnde Ärzt*innen		Fachrichtung:	
		Fachrichtung:	
		Fachrichtung:	
Teilnahme an DMP Programm?	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Chron. obstrukt. Lungenerkrankung (COPD) <input type="checkbox"/> Brustkrebs <input type="checkbox"/> Diabetes Typ I <input type="checkbox"/> Diabetes Typ II <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit / Herzinsuffizienz		



Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Gesundheits-Check:	Krebsvorsorge Mann/Frau:
Hautkrebsscreening:	Darmspiegelung:
Stuhluntersuchung (IFOB-Test):	Screening auf Bauchaortenaneurysma:

Bekannte Vorerkrankungen:

<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis (COPD)	
<input type="checkbox"/> Andere Lungenerkrankungen	Welche?:
<input type="checkbox"/> Gallenblasenstein(e)	
<input type="checkbox"/> Nierenstein(e)	
<input type="checkbox"/> Prostatavergrößerung	
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-/Rückenleiden	Welche?:
<input type="checkbox"/> Venenleiden	Welche?:
<input type="checkbox"/> Gemütsleiden (z.B. Depression)	
<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung	
<input type="checkbox"/> Migräne	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	
<input type="checkbox"/> Nervenleiden (z.B. Parkinson)	Welche?:
<input type="checkbox"/> pAVK (arterielle Durchblutungsstörung)	
<input type="checkbox"/> Blutfettwerterhöhung	
<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Gicht (erhöhte Harnsäure)	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ I	Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ II	Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Rheuma/Gelenkerkrankungen	Welche?:
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	
<input type="checkbox"/> Sonstige Schilddrüsenenerkrankungen	Welche?:
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche)	Welche?:
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung	
<input type="checkbox"/> Hirnschlag/Schlaganfall	
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung/-gerinnungsstörung	Welche?:



Taunus Medizin

<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Infektionserkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Hauterkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Krebs-/Tumorerkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	Wann?:
<input type="checkbox"/> Thrombose	Wann?:
<input type="checkbox"/> Sonstige Erkrankung	Welche?:
<input type="checkbox"/> Wesentliche Operationen	Welche?: Wann?: Wo?:
	Welche?: Wann?: Wo?:
	Welche?: Wann?: Wo?:

Familienanamnese

Wenn folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt sind, kreuzen Sie bitte den entsprechenden Familiengrad an.

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Herz-Kreislauf-Erkrankungen				
Diabetes				
Schlaganfall				
Tumorerkrankungen				
Atemwegserkrankungen				
Autoimmunerkrankungen				



Taunus Medizin

Medikamente

Bitte nennen Sie uns alle Medikamente/Salben/Sprays, die Sie regelmäßig einnehmen. Egal ob diese verordnet wurden oder freiverkäuflich, wie z.B. Vitaminpräparate, etc. sind.

Medikament Vollständiger Name, Wirkstoff, ggf. Herstellerfirma	Dosierung / Wirkstoffmenge (z.B. mg, ml, µg)	morgens	mittags	abends	nachts
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Wenn Sie einen ausgedruckten und aktuellen Medikamentenplan haben, zeigen Sie diesen bitte vor.

Impfungen

Wurden Sie regelmäßig gegen Grippe geimpft? Ja Nein

Gab es bisher eine Impfkomplication? Ja Nein Wenn ja, welche?

Sonstige Angaben

Haben Sie einen Organspendeausweis oder sind Organspenderin? Ja Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Blutspende? Ja Nein

Sind Sie bei der Deutschen Knochenmarkspende (DKMS) registriert? Ja Nein

Wurde bei Ihnen jemals ein Hepatitis B/C Screening durchgeführt? Ja Nein

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Internet

Familie/Freunde

Bitte denken Sie an Ihren Impfpass/Ihre Impfässe und bringen Sie diese(n) mit!



Einwilligungserklärung

zur Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Einholung von Patientendaten

Angaben zu Ihrer Person:

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Straße & Haus-Nr.			
PLZ & Wohnort			
Krankenkasse		Versichertennummer	

1. Speicherung, Übermittlung und Einholung von Patienten*innendaten

Sehr geehrte Patient*in,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen. Hierfür benötigen wir unter anderem ihr Einverständnis für das Speichern ihrer persönlichen Daten.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie unserer Praxis

Taunus Medizin, Rudolf-Diesel-Straße 11, 61267 Neu Anspach

die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an **sämtliche** mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten **ausschließlich** an nachfolgende Ärzt*innen oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen:

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzt*innen oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.



2. Berechtigung(en) Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne(n) Angehörige(n) oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität (mittels Personalausweises) festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen:	Umfang
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten
	<input type="checkbox"/> Nur Rezepte <input type="checkbox"/> Nur Überweisungen <input type="checkbox"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Patientenservice (RECALL)

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über bestimmte Termine o. ä. (z. B. Vorsorgeuntersuchungen). Wir melden uns dann schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (unverschlüsselt als Standard, verschlüsselt via S/MIME, wenn Sie es wünschen), SMS (unverschlüsselt) oder andere neue Kommunikationswege (unverschlüsselt, verschlüsselt wenn möglich). Hierzu benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.
- Nein, ich willige nicht ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per E-Mail, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.

4. Unverschlüsselte E-Mail - Kommunikation

Die Verwendung unverschlüsselter E-Mails birgt Risiken wie mangelnde Vertraulichkeit, das Risiko des Datenverlusts und die mögliche Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht durch Abfangen von Daten. Obwohl wir technische und organisatorische Maßnahmen treffen (z. B. Transportverschlüsselung oder auf Wunsch verschlüsselte Kommunikation via S/MIME), können nicht alle Risiken ausgeschlossen werden. Auch bei der Nutzung unseres digitalen Telefonassistenten und KI-gestützter Dienste ist es wichtig zu wissen, dass trotz aller Sicherheitsvorkehrungen eine vollständige Sicherheit der Daten nicht garantiert werden kann.



Taunus Medizin

Wir empfehlen daher, sensible Informationen möglichst nur über sichere, verschlüsselte Kanäle zu übermitteln und bei Unsicherheiten Rücksprache mit unserem Datenschutzbeauftragten zu halten.

Die unverschlüsselte Kommunikation ist freiwillig, es entstehen im Rahmen der Behandlung keine Nachteile. Ab dem Zeitpunkt Ihres Widerrufs werden wir dann über andere Kommunikationswege mit Ihnen kommunizieren.

- Ich stimme zu, dass meine behandelnden Ärzt*innen und deren Mitarbeiter*innen mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen, einschließlich der Übermittlung meiner Laborergebnisse und Gesundheitsinformationen.
- Nein, ich stimme nicht zu, dass meine behandelnden Ärzt*innen und deren Mitarbeiter*innen mich über unverschlüsselte E-Mails kontaktieren dürfen. Mir ist bewusst das dann aber keine Kommunikation mittels E-Mail mehr erfolgt.

5. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten*in bzw. der gesetzliche Vertreter*in