



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um den Fragebogen auszufüllen. Dies erleichtert es uns Sie individuell und sicher zu behandeln. Vielen Dank!

Name	Vorname	Geburtsdatum
E-Mail	Telefon	Mobilnummer

Ich bin damit **einverstanden**, dass ich **Terminbestätigungen/ggf. Erinnerungen an Vorsorgen per e-mail, SMS oder per Post** erhalte. Zu diesem Zweck werden ihre Daten (Name, Adresse, e-mail, Telefon, Terminart, Geburtsdatum) an den Server unserer **Terminsoftware Doctolib** GmbH, Wilhelmstraße 118, Aufgang C, 10963 Berlin weitergeleitet. **(Nichtzutreffendes bitte streichen oder abändern)**

Hausarzt	Fachärzte	Beruf/Tätigkeit
----------	-----------	-----------------

**Aktuelle Beschwerden** Was ist der Grund Ihrer heutigen Vorstellung?

---

---

Größe:

Körpergewicht:

Bekannte **Allergien**?  nein  ja Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie chronische **Erkrankungen/ Infektionen**?

---

---

---

---

Traten in Ihrer **nahen Verwandtschaft** (Eltern, Geschwister) folgenden Erkrankungen auf?

- Schlaganfall     Herzinfarkt vor dem 60. Lj.     Schilddrüsenerkrankungen  
 Diabetes     Asthma     Bluthochdruck     Thrombose     Krebserkrankungen

Treiben Sie **Sport**?  nein     ja    Wieviele **Stunden pro Woche**? \_\_\_\_\_

**Rauchen** Sie?  nein  ja    Wieviele **Jahre**? \_\_\_\_\_    Wieviele **Packungen** täglich? \_\_\_\_\_

Trinken Sie **regelmäßig Alkohol**?  nein     ja    Was und wieviel pro Woche? \_\_\_\_\_

**Letzte Darmspiegelung**?  noch nie    Zuletzt \_\_\_\_\_

Ich nehme folgende Medikamente ein:

Stärke

Dosis/Anzahl

morgens mittags abends nachts

	Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

Falls sie viele Medikamente einnehmen, drucken wir eine Liste für Sie und bitten ggf. um Korrektur und Aktualisierung.

Datum und Unterschrift der/des Patient\*in

### Datenschutz (DSGVO, BDSG)

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger. Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben. Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden. Unsere Praxis nutzt zur Terminvereinbarung eine Software von Doctolib. Die Software wird von der Doctolib GmbH, Wilhelmstraße 118, Aufgang C, 10963 Berlin, betrieben. Sie erklären sich mit der Erfassung, Bearbeitung sowie der Nutzung der Daten (Name, Adresse, e-mail, Telefon, Terminart, Geburtsdatum) durch die Doctolib GmbH nach Maßgabe der dortigen Nutzungsbedingungen einverstanden. Die Nutzungsbedingungen finden Sie unter <https://www.doctolib.de/terms/agreement>. Ich bin Einverstanden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Behandlungs- und Gesundheitsdaten durch den betreuende Arzt/Therapeuten zum Zweck der Befundung und Dokumentation der Videosprechstunde erfolgt. Grundsätzlich gelten die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei dem mittelbaren Kontakt zwischen Arzt/Therapeut und Patient im Rahmen der Videosprechstunde analog dem unmittelbaren persönlichen Kontakt in der Praxis. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung. Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Datum und Unterschrift der/des Patient\*in