



**Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Um Ihnen und uns Ihre Behandlung zu erleichtern, bitten wir Sie, uns folgende Fragen zu beantworten!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Wichtig für schnelle Benachrichtigungen, z.B. Laborwerte:

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf und Arbeitgeber (wichtig bei Arbeitsunfällen, Versicherungsanfragen):  
\_\_\_\_\_

Gesetzliche-Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Private Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Private Vollkostenversicherung  Beihilfe  Bahn/Post  Studentische PV  Standardtarif   
sonstige: \_\_\_\_\_

Falls Sie mitversichert sind, bitte die Personalien des Hauptversicherten angeben:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnsitz mit Ihrem identisch: ja  Falls nicht:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Email: \_\_\_\_\_

Größe/ Gewicht/ RR/ Puls messen wir für Sie

Bestehen bei Ihnen Allergien, z.B. gegen Arzneimittel, Nahrungsmittel etc.? Nein

Wenn ja, gegen:

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein

Nehmen Sie regelmäßig oder jetzt akut Medikamente, (auch die „PILLE“ etc.) ein? Nein

Ja: \_\_\_\_\_

Waren Sie in den letzten 4 Quartalen wegen einer chronischen Erkrankung in einer kontinuierlichen Behandlung? ja , wegen \_\_\_\_\_ nein

Kennen Sie Ihren Impfstatus? ja  nein  Benötigen Sie Impfungen? ja  nein

Bitte Rückseite beachten und unterschreiben!

# Datenschutzerklärung

## Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden. In unserer Gemeinschaftspraxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

## Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung:

1. zur **Datenübermittlung** (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern anfordern dürfen.  
Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.
2. **Zu Laboruntersuchungen** mit Ihren Personalien an Fachlabore (Diagnostikzentrum Ulm, Ganzimmun, Biovis, Pathologen etc. ) zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können. Hierzu ist es auch erforderlich, dass Sie der Übermittlung der Abrechnungsdaten der Labore an deren private Verrechnungsstellen zustimmen.  
Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.
3. Auf Ihren Wunsch hin verschicken wir schnell und unkompliziert Arztbriefe und Laborbefunde **auch per Mail**. Diese Mails werden zwar über gesicherte Verbindungen übertragen, sind jedoch nicht verschlüsselt, sodass sie theoretisch auf den Servern der Provider gelesen werden könnten.  
Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.
4. Manchmal ist es erforderlich, Sie aufgrund von auffälligen Laborergebnissen oder Arztbriefen schnell zu kontaktieren. **Wir versuchen Sie zunächst immer telefonisch zu erreichen, wenn dies nicht möglich ist, auch über E-Mail, SMS oder Messenger-Dienste wie WhatsApp.**  
Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.**

Leipheim, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Danke für Ihre Mithilfe! Ihr Praxisteam