



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, folgenden Fragebogen möglichst genau auszufüllen, um Ihre Vorgeschichte besser kennen zu lernen. Es bleibt damit mehr Zeit für die eigentliche Untersuchung und das Gespräch. Diese Daten unterliegen natürlich ebenfalls der Schweigepflicht.

**Vor- & Nachname, Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon/Mobil** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Hausarzt\*Hausärztin** \_\_\_\_\_

**Überweisende\*r Arzt\*Ärztin** \_\_\_\_\_

**1. Leiden Sie an Allergien gegen Medikamente? Wenn ja welche?**

\_\_\_\_\_

**2. Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein? (Bitte auch hormonelle Verhütungsmethoden angeben)**


**3. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten? (Bitte ankreuzen)**

- ( ) Herzerkrankungen      ( ) Diabetes (Zuckerkrankheit)      ( ) Bluthochdruck  
( ) Leberkrankheiten      ( ) Prostatavergrößerung      ( ) Grüner Star  
( ) Nierenerkrankung      ( ) Schilddrüsenkrankheiten      ( ) Asthma

Sonstige schwere Krankheiten: \_\_\_\_\_

**4. Haben Sie irgendwelche schweren Unfälle erlitten?** \_\_\_\_\_

**5. Sind Sie im Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg eingeschrieben?** ( )

**6. Sind Sie im Facharztvertrag der AOK Baden-Württemberg eingetragen?** ( )

**7. Haben Sie ein Herzschrittmacherimplantat?** ( )

**8. Besteht eine Schwangerschaft?** ( ) Ja ( ) Nein

**bitte wenden!**

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patient\*innendaten

Ich, \_\_\_\_\_  
Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Facharztpraxis für Neurologie und Psychiatrie Andreas Stockert und Dr. med. Claudia Rettenmayr meine Patient\*innendaten erhoben und verarbeitet werden. Alle Mitarbeiter\*innen haben Zugriff auf Ihre gespeicherten Daten. In der Praxis befindet sich ein Informationsblatt zum Datenschutz im Aushang, das ich gelesen habe. Es kann mir auch ausgehändigt werden. Bei Bedarf könnten folgende Rückfragen über folgende Themen gestellt werden:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzt\*innen/Psychotherapeut\*innen und Leistungserbringer\*innen zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzt\*innen/ Psychotherapeut\*innen und Leistungserbringer\*innen übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Bei Praxisabgabe an eine\*n Nachfolger\*in oder bei Eintritt weiterer Ärzt\*innen in die Praxis oder bei einer Zusammenlegung der Praxis mit einer anderen Praxis, die erhobenen Daten und Befunde auch von diesen Ärzt\*innen für die ärztliche Behandlung genutzt werden dürfen.
- Der\*die mich behandelnde\*r Arzt\*Ärztin meine Befunde und Behandlungsdaten **an folgende Personen** übermitteln darf (z.B. welche Familienangehörige? Bitte Vorname und Nachname angeben). Dies gilt auch für von mir vorbestellte Rezepte.  
**Name, Vorname, Geburtsdatum der bevollmächtigten Person:**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Rechtliche Grundlagen: Artikel 9 Absatz lit.b (DSVGO in Verbindung mit §22, Absatz1 Nr 1 lit.b)

Ort, Datum

Unterschrift Patient\*in / gesetzliche\*r Vertreter\*in