

Anmeldeformular

Name

Geb.datum

Gesundheitsfragebogen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hoher / niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzbeutel-/H.muskel-/H.klappenentzündung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bluterkrankungen / Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Atemwegserkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Zuckerkrankheit / Diabetes | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reaktion auf Betäubungsspritzen oder Tabletten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Allergien (falls ja, gegen: _____) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| nur für weibliche Patienten: | | |
| Sind Sie derzeit schwanger? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Erkrankungen: _____ | | |
|
 | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
(falls ja, welche: _____) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder
Drogen zu sich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Datenschutzrechtliche Einwilligung

gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Neuenkirchen-Vörden, den

Unterschrift