

Ich

Name

Vorname

Erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Dana Behrendt,
Franziskusstraße 4, 49393 Lohne

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und weiteren Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, Krankenhäuser etc., die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) etc. in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder Teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin über Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Bzw. gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Patienten

Praxis
Dr. med. Dana Behrendt
Franziskusstraße 4
49393 Lohne

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden damit, dass die o.g. Praxis der Schweigepflicht über mich:

Name, Vorname

Geburtsdatum

gegenüber

Name, Vorname

Beziehungsstatus

entbunden wird und Rezepte/ Verordnungen/ Überweisungen an diese Person aushändigen darf. Diese Vollmacht kann von mir jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Soweit nötig werden hierzu auch bereits erhobenen personenbezogenen Daten im nötigen Umfang weitergegeben.

Datum

Unterschrift

Gesundheitsbogen

PFLICHTFELD

Name: _____

Beruf: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Hausarzt: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sind Sie Rechts- oder Linkshänder: Rechts: Links:

Bitte zutreffendes UNTERSTREICHEN!

Bitte zutreffendes ANKREUZEN!

Vater und -/oder Mutter hatten einen Schenkelhalsbruch

Ich hatte einen Knochenbruch nach dem 50. Lebensjahr

Ich hatte einen Wirbelkörperbruch

Meine Körpergröße hat mehr als 4 cm abgenommen

Ich habe Untergewicht

Ich habe stark abgenommen

Ich bin im letzten Jahr mehr als 2x gestürzt

Ich bin Raucher

Ich war Raucher (letzte 2 Jahre)

Ich bin zunehmend bewegungsunfähig/eingeschränkt mobil

[illegible]

Erkrankungen

Diabetes mellitus Typ 1 ☐ Typ 2 ☐

Chronische Lebererkrankung

Nierenerkrankung

Darmentzündung: Colitis ulcerosa/M.Chron/Magenentfernung

Epilepsie

M. Parkinson

Alzheimer oder Demenz

Antiandrogene Therapie (Brustkrebs),(Prostatakrebs)etc.

Krebserkrankungen, welche?:

Sodbrennen

Magenschleimhautentzündungen

Störung der Schilddrüse oder Nebenschilddrüse (Hyperpara)

Spondylitis (Entzündung der Wirbelsäule)

COPD (chronische Lungenerkrankung)

Asthma

Depressionen

Zustand nach Schlaganfall

Herzschwäche o. Herzerkrankung

Hypertonie (Bluthochdruck)

Nachgewiesenes Rheuma

rheumatoide Arthritis (keine Arthrose!!)

wenn ja, wer ist der behandelnde

Rheumatologe:

[illegible]

Bitte wenden!

Getreideunverträglichkeit (Zöliakie)
Laktoseunverträglichkeit (Milchprodukte)

	Ja		Nein
	Ja		Nein

Bitte das zutreffende Medikament unterstreichen!

Ich bekomme folgende Medikamente

Schilddrüsenhormone
weibliche oder männliche Hormone
Insulin oder Metformin wegen Diabetes mellitus
Magenschutzpräparat („PPI“ wie Omeprazol, Pantoprazol)
Antihormontherapie bei Krebserkrankungen
Entwässerungstabletten (Diuretica)
Antidepressiva
Schlafmittel
Anti-Epileptika
Opioide z.B. Morphinum
Sedativa (Beruhigungsmittel)
Herztabletten
wenn ja, welche: _____
Bluthochdrucktabletten
Kortison in Tablettenform o. als Spray (z.B. Asthma-Spray)
Blutverdünner (z.B. Marcumar, ASS, Eliquis, Pradaxa, Xarelto)
Wenn ja, welche: _____

	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein
	Ja		Nein

Sonstige Erkrankungen, die oben nicht aufgeführt sind:

Sonstige Medikamenteneinnahme:

Allergien:

Bei folgenden Fachärzten bin ich regelmäßig in Behandlung:

Datum

Unterschrift