

Estetal-Praxis Hollenstedt Dr. Wacker / Dr. Wahls

Hauptstraße 23

21279 Hollenstedt

## **Patientenaufnahmebogen**

**Aktuelle Beschwerden:**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Adresse:**

**Tel:**

**Mobil:**

**E-Mail:**

**Größe:**

**Gewicht:**

**Beruf:**

### **Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Bluthochdruck:  ja  nein

Herzerkrankungen:  ja  nein

Lungenerkrankungen:  ja  nein

Diabetes mellitus:  ja  nein

Schilddrüsenerkrankung:  ja  nein

Nierenerkrankung:  ja  nein

Krampfadern:  ja  nein

Weitere Vorerkrankungen:  ja  nein

### **Haben Sie weitere Erkrankungen, Wenn ja, welche?**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?**

ja  nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

**Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?**     ja     nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Unverträglichkeiten auf:

**Leiden Sie an Allergien?**     ja     nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Allergien auf:

**Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?**

**Datenschutzeinwilligung:**

Hiermit bestätige ich, dass ich die aktuelle Datenschutzverordnung (DS-GVO) von der Estetal-Praxis Hollenstedt erhalten und gelesen habe.

Name des Patienten:

Hollenstedt, \_\_\_\_\_

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

**Schweigepflichtentbindungserklärung:**

Name des Patienten:

Ich entbinde die Estetal-Praxis Hollenstedt von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde an folgende Stellen mitgeteilt werden dürfen:

- andere Ärzte und Kollegen
- Familienangehörige
- Versicherungen / Krankenkassen

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen darüber hinaus explizit an die **folgenden Angehörigen, Lebensgefährten, Freunde** weitergegeben werden dürfen:

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

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

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

Mir ist bekannt, dass ich die erteilte Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen kann.

Hollenstedt, \_\_\_\_\_

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