



Dr. med. Matthias Hoffmann  
Hautarzt

## Herzlich willkommen in unserer Hautarztpraxis!

Im Rahmen einer individuellen und ganzheitlichen Behandlung bitten wir um einige Angaben.  
Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Füllen Sie den Fragebogen bitte sorgfältig und vollständig aus, um die ärztliche Untersuchung **optimal** vorzubereiten.

Name	Vorname	Geburtsdatum	*Telefon / Mobil
*E-Mail-Adresse		*jetziger Beruf/ Lehrberuf	

### Allgemeine Gesundheitsfragen:

	Ja	Nicht bekannt	
Allergien (Heuschnupfen, Nesselsucht, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann _____
Asthma (Husten, Atemnot, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann _____
Allergien (Medikamente, Antibiotika, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____
Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Krebsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____
Herzerkrankungen (Herzinfarkt, Herzklappe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____
Zucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____
Darmentzündungen (M. Crohn/Colitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche: \_\_\_\_\_

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?  nein  ungewiss  ja \_\_\_ . Woche

Haben Sie Ihren Medikamentenplan dabei?  ja  nein

Blutverdünner (Marcumar, Aspirin, ...)?  ja  nein

Nehmen Sie an einem „DMP-Versorgungs-Programm“ Ihrer Krankenkasse teil?  Zucker  Asthma  Herz  
Sie kommen auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Hausarzt  Facharzt  Internet  Homepage  persönliche Empfehlung

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein behandelnder Hautarzt, meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation bzw. der weiteren Behandlung, an meinen Hausarzt oder andere Ärzte übermittelt (gem. § 73 Abs. 1 b SGB V).

Bitte Rückseite ebenfalls ausfüllen

Bitte Rückseite ebenfalls ausfüllen

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten/ der Patientin (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter) \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angabe





Dr. med. Matthias Hoffmann  
Hautarzt

## Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V und nach DSGVO

---

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Ich bin

- damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Hoffmann meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Abrechnungsstellen, Labore, histologisches Labor, ärztliche Kollegen etc. übermittelt.
- damit einverstanden, dass mein Hautarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern aber auch übermitteln kann.
- damit einverstanden, dass Personen aus meinem nahen Umfeld (z.B. Eltern, Kinder und enge Freunde) oder auch Leistungserbringer des Gesundheitswesens Rezepte, Überweisungen, Verordnungen oder sonstige Standardformulare für mich abholt.
- damit einverstanden, dass die Praxis mich an Untersuchungen (vereinbarte Termine, ausstehende Befunde, etc.) erinnert (telefonisch, postalisch, E-Mail, persönlich, etc.).
- damit einverstanden, dass (Gesundheits-) Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden dürfen:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Sollte ich den Hautarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hautarzt meinem neuen Hautarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hautarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hautarzt anfordern kann.

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

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten/ der Patientin (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter)