



Dr. med. Matthias Hoffmann
Hautarzt

Herzlich willkommen in unserer Hautarztpraxis!

Im Folgenden bitten wir um einige Angaben um Sie ganzheitlich behandeln zu können. 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

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

	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: _____			
Wer behandelt aktuell Ihre Haut? _____			
Wer ist Ihr HAUS-Arzt? _____			

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? nein ungewiss ja ____ Woche

Haben Sie Ihren Medikamentenplan dabei? ja nein

Marcumar- oder Aspirin Einnahme? 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

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt? ja nein

Wir entfernen schonend Altersflecken, gutartige Muttermale, Warzen, Gefäßmale und störende Hautrötungen.

Wünschen Sie diesbezüglich weitere Informationen? ja nein

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).

Datum _____ Unterschrift des Patienten bzw. bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter _____

*freiwillige Angabe

Bitte Rückseite beachten





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 bzw. des gesetzlichen Vertreters
-------	-------------------------------------------------------------