



Herzlich willkommen in unserer Praxis, um Ihre Behandlung möglichst gut planen zu können, sind verschiedene Informationen für uns wichtig.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und beantworten Sie uns folgende Fragen. Bei Bedarf nutzen Sie die Rückseite des Bogens.

Vielen Dank!

..... Name
..... Vorname
..... Geburtsdatum

1. Was führt Sie zu uns? (ggf. Rückseite benutzen)

.....

.....

.....

2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein Ja, folgende:

WICHTIG: Ändert sich an Ihren sonstigen Medikamentenverordnungen etwas, informieren Sie bitte Ihren behandelnden Psychiater darüber.

3. Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

- Nein Ja, folgende:

4. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- Nein Ja, folgende:

5. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Psyche |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankung |

6. Gab oder gibt es wegen einer psychischen Erkrankung Vorbehandlung/en (stationär oder ambulant / therapeutisch oder psychiatrisch)?

- Nein Ja, folgende:

.....

Hannover, den

PatientInnen Unterschrift bzw. gesetzlich vertretende Person



Einwilligungserklärung gemäß DSGVO zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

/ geb.:

Name, Vorname / Geburtsdatum

Telefonnummer

1. Übermittlung/Einholung von PatientInnendaten

Für eine fachgerechte Behandlung und Versorgung kann es notwendig sein, dass Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern auf gesichertem Weg angefordert oder übermittelt werden. Ich willige in dieses Vorgehen ein, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung gilt für die Dauer meines Behandlungsverhältnisses.

2. Berechtigung Dritter

Bei Bedarf dürfen an die nachfolgend benannten Personen personenbezogene Informationen über mich (z.B: Rezepte, Verordnungen, Termine, Behandlungs- und Befundunterlagen) ausgehändigt werden. Sollte ich mit der Herausgabe bestimmter personenbezogener Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkungen“ eingetragen.

Name, Vorname, ggf. Geburtsdatum des berechtigten Dritten	ggf. Einschränkungen
Name, Vorname, ggf. Geburtsdatum des berechtigten Dritten	ggf. Einschränkungen
Name, Vorname, ggf. Geburtsdatum des berechtigten Dritten	ggf. Einschränkungen

Berechtigte Dritte müssen einen Identitätsnachweis vorlegen, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

3. Anrufe

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich telefonisch und/oder per Mailbox/Anrufbeantworter kontaktiert (bitte durchstreichen, wenn nicht gewünscht).

4. Widerrufsmöglichkeit

Diese Einwilligung zur Datenverarbeitung kann ich jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich, ohne besondere Form erfolgen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Hannover, den _____

Datum

PatientInnen Unterschrift bzw. gesetzlichen Vertreters