



# Praxisbogen Neupatient

Dr. med. Johanna de Jong  
Praxisgemeinschaft Heußweg (Dres. Hamann und de Jong)

 Heußweg 35 20255 Hamburg

## Persönliche Angaben

|               |  |
|---------------|--|
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum  |  |
| Adresse       |  |
| Telefon       | Festnetz: _____ Mobil: _____                 |
| Beruf         |  |
| Körpermaße    | Größe: _____, _____ m      Gewicht: _____ kg |

| Bitte beantworten Sie folgende Fragen.   | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nehmen Sie Medikamente ein?<br><b>Wenn ja, welche?</b> _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Besteht eine Allergie gegen Medikamente?<br><b>Wenn ja, welche?</b> _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie chronische Erkrankungen?<br><b>Wenn ja, welche?</b> _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hatten Sie bereits Operationen?<br><b>Wenn ja, welche und wann?</b> _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. <b>Für Frauen:</b> Besteht (evtl.) eine Schwangerschaft? Stillen Sie?<br><b>Zeitpunkt der Geburten:</b> _____<br><b>Komplikationen:</b> _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte meine Behandlungsdaten einsehen dürfen. Die Ärzte dürfen Befunde bei anderen Ärzten einholen und an mitbehandelnde Kollegen übermitteln. (§73Abs.1bSGBV)

Ich bin einverstanden, dass mir die Praxis z.B. per SMS oder E-Mail eine Nachricht zukommen lassen kann. Ich behalte mir das Recht vor, dieses Einverständnis jederzeit widerrufen zu können. Im Übrigen gilt die Datenschutzerklärung, welche in aktuellster Version an der Rezeption angefragt werden kann.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift