



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte füllen Sie folgenden strukturierten Fragebogen vor Ihrer ersten Vorstellung in unserem MVZ aus. Hiermit wollen wir erreichen, dass wir möglichst viele Faktoren, die das Krankheitsgeschehen beeinflussen können, erfassen und Sie so zu Ihrem besten Wohl betreuen können. Sie können sich unseren Fragebogen im Internet herunterladen und bereits zu Hause in Ruhe ausfüllen oder dies bei Ihrem Erstbesuch im Wartezimmer tun. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse (Str., Hausnr., Ort) .....

Telefonnummer .....

Handynummer .....

E-Mail-Adresse .....

Hausarzt .....

Überweisender Arzt .....

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? In welcher Dosierung?

Name	Stärke oder Dosierung (mg/ $\mu$ g)	Früh-Mittags-Abends

**Bitte Wenden!**



Sind Unverträglichkeiten oder Allergien gegen Medikamente bekannt? Ja  Nein   
Wenn ja, gegen welche?

Medikament	Beschreibung der Unverträglichkeit
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Welche anderen Krankheiten sind bei Ihnen bekannt? Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Welche relevanten Unfälle hatten Sie?

- 1 ..... Zeitpunkt/seit wann? .....
- 2 ..... Zeitpunkt/seit wann? .....
- 3 ..... Zeitpunkt/seit wann? .....
- 4 ..... Zeitpunkt/seit wann? .....

Wurde bereits eine Computertomographie oder Magnetresonanztomographie durchgeführt?

- CT  MRT  Körperregion: ..... Zeitpunkt: .....
- CT  MRT  Körperregion: ..... Zeitpunkt: .....
- CT  MRT  Körperregion: ..... Zeitpunkt: .....

Bei welchen anderen Ärzten waren Sie aufgrund Ihrer aktuellen Beschwerden in Behandlung?

.....

.....

.....

**Anamnese**

**Wenn ja, welche?**

- |  |                             |                               |       |
|--|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Bluthochdruck                                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ..... |
| Zuckerkrankheit                                | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ..... |
| Schlaganfall                                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ..... |
| Leber- / Nieren- /<br>Schilddrüsenerkrankungen | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ..... |
| Tumorerkrankungen                              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ..... |
| Rauchen Sie?                                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | ..... |

Wenn ja, wie viel pro Tag? ..... Wann? .....



**Anamnese**

Trinken Sie Alkohol?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel? .....
Tumorerkrankungen ggf. Familiär	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	..... Wenn ja, in welchem Alter:
Haben Sie Kinder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	..... Seit wann?
Sind Sie verheiratet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	.....
Leben Sie in Ihrer Familie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Leben Sie in einer Einrichtung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Wurde in den letzten Wochen bei Ihnen eine Blutuntersuchung durchgeführt?

Ja  Nein

wenn ja: Wann und wo?

.....

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Magenspiegelung durchgeführt?

Ja  Nein

wenn ja: Wann und wo?

.....

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt?

Ja  Nein

wenn ja: Wann und wo?

.....

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!**

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift

# Fragebogen Allgemein

Bereich: MVZ Mühldorf / Waldkraiburg

---





MVZ gGmbH  
Krankenhausstraße 1a  
84453 Mühldorf a. Inn

Krankenhausstraße 1a  
84453 Mühldorf a. Inn  
Tel.: 08631 / 16 61 20  
Fax.: 08631 / 16 61 269

E-Mail: info@facharzt-mvz-muehldorf.de

**Nur vom gesetzlich krankenversicherten Patienten auszufüllen!**

**Datenübermittlung zwischen Hausarzt und Praxis**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i. V. m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich, \_\_\_\_\_ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: \_\_\_\_\_ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: \_\_\_\_\_ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja  Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja  Nein

Mein Hausarzt ist (Name und Anschrift):

\_\_\_\_\_  
Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)



MVZ gGmbH  
Krankenhausstraße 1a  
84453 Mühldorf a. Inn

Krankenhausstraße 1a  
84453 Mühldorf a. Inn  
Tel.: 08631 / 16 61 20  
Fax.: 08631 / 16 61 269

E-Mail: [info@facharzt-mvz-muehldorf.de](mailto:info@facharzt-mvz-muehldorf.de)

**Bei Bedarf von allen Patienten auszufüllen!**

**Freiwillige Datenübermittlung an weitere Ärzte**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Ich, \_\_\_\_\_ [Vorname, Name des Patienten],

geboren am: \_\_\_\_\_ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: \_\_\_\_\_ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an die unten angegebenen Ärzte zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.

Kontaktdaten der Ärzte (Name und Anschrift)

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis die bei meinem behandelnden Arzt (s. oben) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es der Praxis, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des behandelten Arztes zu erhalten. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja  Nein

Die Einwilligung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)