



**Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus.**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon/Handy privat:

geschäftlich:

Arbeitgeber (freiwillige Angabe):

Familienstand/Kinder (freiwillige Angabe):

Hausarzt:

**Krankendaten/Anamnese:**

Familienkrankheiten (z. B. Krebskrankheiten, Diabetes, Erbkrankheiten etc.):

Kinderkrankheiten: (falls bekannt)

Operationen:

Eigene Vorerkrankungen:

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit?

Allergien:

Medikamente:

Impfungen (falls bekannt)

Jetzige Beschwerden?

Größe cm	Gewicht kg	Raucher Ja/nein? wie viel?	Alkohol ja/nein? Wie viel?	sonstiges

**Falls möglich bitte vollständig ausfüllen, aus datenschutzrechtlichen Gründen sind alle Angaben vertraulich und freiwillig**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

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