



Patientendaten



Gibt es Vorbefunde?

Falls ja, bringen Sie diese in Kopie mit (z.B. Krankenhausberichte, Laborergebnisse, etc.).

Datum

Patient*in	
Name, Vorname	Geb.datum
Straße, Nr.	
PLZ, Wohnort	
Tel. privat	Tel. berufl.
Mobil -Wichtig für Rückfragen oder Vorabinformationen-	
E-Mail	
Beruf	
Krankenkasse	
weitere Angaben Patient*in	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> trans - geboren: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Größe:	<input style="width: 100px;" type="text"/> cm
Gewicht:	<input style="width: 100px;" type="text"/> kg
BMI:	<input style="width: 100px;" type="text"/>
 Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Entbindungstermin: <input style="width: 100px;" type="text"/>

Grund der Überweisung (wird vom Arzt ausgefüllt)

Überweisender Arzt
Name
Straße
Ort
Fax

Hausarzt
Name
Straße
Ort
Fax

Rechnung an (bei privat Versicherten)
Name, Vorname
Adresse (nur wenn abweichend von oben)

Wird vom CBT ausgefüllt.

Bauchumfang:	RR:	Puls:	
Blutentnahme:	Datum/Uhrzeit	Durchgeführt durch (Kürzel):	



Leiden Sie unter:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Herzschmerzen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Herzrasen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Müdigkeit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sexualstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen | <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden | <input type="checkbox"/> Salzhunger |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Erschöpfungszustände | |

Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten Monaten verändert?

nein ja zugenommen _____ kg in _____ Monaten

nein ja abgenommen _____ kg in _____ Monaten

Leiden Sie unter Allergien?

nein ja, welche _____

Rauchen Sie?

nein ja, wie viele Zigaretten am Tag _____

Trinken Sie Alkohol?

nein ja, wie viel am Tag _____ ml

Haben Sie Vorerkrankungen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> depressive Erkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Lunge | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechsel | welche: _____ behandelt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> Magen-/Darmkrankheiten | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Muskelkrankheiten | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Niere | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Leber | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | welche: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten | welche: _____ | |

Weitere Erkrankungen inkl. Krankenhausaufenthalte, Operationen, etc.

Letzte Krebsvorsorge-Untersuchung:

Datum _____ Art _____



Anzahl der Kinder:

Anzahl der Schwangerschaften:

Anzahl der Geburten:

Anzahl der Aborten:

Inanspruchnahme von Kinderwunschkliniken? nein ja

Letzte gynäkologische Ultraschalluntersuchung: T T M M J J

Erster Tag der letzten Regelblutung: T T M M J J

Wechseljahre, letzte Regelblutung: M M J J

Waren Sie in den Tropen?

nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein und in welcher Dosierung? Pille?

Medikament	Stärke / Dosis	morgens	mittags	abends	nachts

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? (z.B. Vitamine, Mineralstoffe, Biotin oder Johanniskraut)

nein ja, welche _____



Vor der Blutentnahme bitte drei Tage kein Biotin-Präparat einnehmen, Hormonmessungen könnten sonst verfälscht werden.

Gibt es Krankheiten in der Familie? (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder)

z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen, Thromboseneigungen

Wie haben Sie von uns erfahren?

Hausarzt / überweisender Arzt

Internet

Werbung

Freunde / Bekannte

Befund

Wenn **alle** Labor-Ergebnisse vorliegen, schreibt Ihr Arzt / Ihre Ärztin auf Grundlage der Ergebnisse, den Informationen aus dem Fragebogen und dem Arztgespräch einen Befundbrief mit Diagnosen, Begutachtungen und Therapie-Empfehlungen.

Dieser Brief wird im Anschluss postalisch zu Ihnen nach Hause oder elektronisch an Sie, sowie nach Möglichkeit über die Telematik Infrastruktur elektronisch zu Ihrem Hausarzt bzw. überweisenden Arzt versandt.

Ich habe eine E-Mail-Adresse (siehe Seite 2) und willige ein, dass die Praxis mir meine Dokumente per E-Mail zuschicken darf. Beim Versand wird ggf. nur eine Transportverschlüsselung und keine Inhaltsverschlüsselung verwendet.

Einwilligung in die Datenweitergabe

Es ist uns nur mit Ihrer Einwilligung erlaubt, Dritte über Ihre Behandlung zu informieren. Andernfalls ist uns eine adäquate Information der Mit- und Nachbehandler dann nicht möglich. In Frage kommen Ärzte / Krankenhäuser und Angehörige, Partner, Kinder, etc.

1. Name überweisender Arzt: _____

2. Name Hausarzt: _____

3. Name Physiotherapeut: _____

4. Name Hebamme: _____

5. Name Psychologe: _____

6. Angehörige / Dritte Person:

Name Vorname Geb.-Datum

Name Vorname Geb.-Datum

Name Vorname Geb.-Datum

Nein Falls Sie keine Weitergabe an Dritte wünschen.

Einwilligung zur Befundanforderung bei / durch Haus- und Fachärzten*innen sowie Krankenhäusern

Ich bin einverstanden ja nein

Einwilligung zur Datenweitergabe zu Terminvereinbarung bei Ärzten oder Krankenhäusern

Ich bin einverstanden ja nein

Datenschutzerklärung

Ich habe die Datenschutzerklärung, mit Verweis auf das Auskunfts- und Beschwerdeformular von personenbezogenen Daten, welche im Wartebereich ausliegt und auf der Homepage www.cbtmed.de hinterlegt ist, zur Kenntnis genommen. Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO jederzeit für die zukünftige Verarbeitung schriftlich widerrufen kann.

Patient*in:

Name

Vorname

Geb.datum

E-Mail

Straße/Hausnummer

Ort

Bei minderjährigen und betreuungspflichtigen Patienten
gesetzliche*r Vertreter*in:

Name

Vorname

Geb.datum

E-Mail

Straße/Hausnummer

Ort

Ort, Datum



Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

Einwilligung zu Terminerinnerungen per SMS oder E-Mail

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mittels eines Kalendersystems per SMS oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie hiermit einverstanden sind.

Ja Ich möchte Terminerinnerungen erhalten. Mobilfunknummer: _____
 E-Mail (s.o.)

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO jederzeit für die zukünftige Verarbeitung schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum



Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in

Nein Ich möchte keine Terminerinnerungen erhalten.

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.



Unterschrift Patient*in / gesetzliche*r Vertreter*in