



Medical history

m f div

Name, First name _____ Name of birth _____ Date of birth _____

Address (zip code, city, street) _____

Telephone _____ Fax _____ email: _____

Insurance company _____ family doctor _____

Do you take part of general practitioner – centered model? Yes No

In wich

Do you or did you suffer from cronic diseases? your family ? grandparents / parents / siblings

Which one? Please mark it.

		yes	no	family	grandparents	parents	siblings
<u>High blood pressure</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Blood vessels diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosis	<input type="radio"/>	disturbed blood flow		<input type="radio"/>			
Embolism	<input type="radio"/>	apoplectic stroke		<input type="radio"/>			
Others	<input type="radio"/>						
<u>Heart diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart attack	<input type="radio"/>	heart rhythm disturbance		<input type="radio"/>			
Valvular heart defect	<input type="radio"/>	cardiac pacemaker		<input type="radio"/>			
Others	<input type="radio"/>						
<u>Diabetes</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Thyroid diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Pulmonary diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="radio"/>	COPD		<input type="radio"/>			
Pneumonia	<input type="radio"/>	others		<input type="radio"/>			
<u>Skin diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Spine diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Joint diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Digestive System</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gall stone	<input type="radio"/>	enteritis		<input type="radio"/>			
Gastric ulcer	<input type="radio"/>	others		<input type="radio"/>			
<u>Renal diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney stone	<input type="radio"/>	Prostata illness		<input type="radio"/>			
Incontinence	<input type="radio"/>	others		<input type="radio"/>			
<u>Mental health diseases</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="radio"/>	panic attack/ataxia		<input type="radio"/>			
Epilepsy	<input type="radio"/>	others		<input type="radio"/>			
<u>Cancer</u>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

when / which

Allergies : _____
 which (e. g. food, medicine, antibiotics, insect stings, plant pollen, house dust?)

Have you had any surgeries : _____
 when / which

Accidents / bone fractures: _____
 when / which

Other diseases? Genetic diseases?: _____
 which

Have you visited your family doctor in the last 4 quarters (at least 1x/quarter)? yes no

Have you visited any other doctor? Why? What illness do you have?

Do you take any drugs/medication? In which dose?

Name of drugs	in the morning	at noon	in the afternoon	in the evening	at night	as necessary

General questions:

Do you have problems with blood draw? No Not good
dizziness / sickness
blackout /collaps

height: _____cm weight : _____kg smoker ? : yes no

High maintance: yes no which level: _____

What do you work? What do you make for a living? How many hours a week ?

Employer /Company? : _____

Place of employment ? _____
Phone _____

Family status: single married living apart
divorced widowed single parent

Do you have children?

how many ? / age ?

Date

signature patient / parents

Einwilligungserklärung zur Datenspeicherung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die

Gemeinschaftspraxis
Dr. Richard Sohn
Dr. Christian Meier
Hirschenstr. 3
90762 Fürth

folgende Daten von mir elektronisch speichert und elektronisch verarbeitet:

1. Biografische Daten:

Name, Vorname
Geburtsdatum
Wohnort
Telefon
E-Mail
Beruf

2. Behandlungsdaten

Vorbehandlungen
Wahrgenommene Termine
Inhalte von Stunden
Biografische Anamnese (wenn erforderlich)
Testauswertungen und deren Ergebnisse (wenn erforderlich)
Diagnosen
Berichte an Gutachter der Krankenkasse

- 3.** Die Daten werden ausschließlich zur Durchführung der medizinischen Behandlung sowie zur Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern verwendet.
- 4.** Die Daten werden ausschließlich auf dem Rechner der Praxis gespeichert. Es werden jedoch regelmäßig Sicherungskopien der Daten erstellt, die auf einer oder mehreren verschlüsselten Festplatten oder einem hardware-verschlüsselten USB-Speicherstick mit Selbstlöschfunktion gegen Brutal-Force-Angriffe in einer verschlüsselten Datencloud, die Daten nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) ihren Speicherort im Raum der EU hat und keinen Zugriff von Unternehmen oder Tochterunternehmen des Betreibers außerhalb der EU hat, sowie keine Schlüssel auf dem Server des Cloudbetreibers speichert, erstellt. Die Schlüssel für eine externe Speicherung in einer Cloud werden ausschließlich auf dem Rechner der Praxis gesichert.

Die verschlüsselten Festplatten/hardware-verschlüsselten USB-Speichersticks werden an externen Orten aufbewahrt, um im Fall eines Brandes die Daten wieder herstellen zu können. Dazu ist die Praxis verpflichtet.

Aufbewahrungsorte der externen Medien sind gesicherte Orte im Wohnhaus der jeweiligen verantwortlichen Medizinischen Fachangestellten.

Zugriff zu auf dem Rechner der Praxis gespeicherten Daten haben folgende Personen:

- der Praxisinhaber
- die berechtigten und zur Schweigepflicht verpflichteten Mitarbeiter/Medizinischen Fachangestellten

5. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass meine Daten an folgende Dritte weitergegeben werden:

- a) an meine zuständige Krankenkasse / Beihilfestelle / Privatabrechnungsstelle:
Name, Vorname
Geburtsdatum
Wohnort
wahrgenommene Termine
Abrechnungsziffern
Diagnosen
- b) an Gutachter der Krankenkasse / Beihilfestelle / Privatabrechnungsstelle
- c) bei vorliegender Schweigepflichtentbindung an das Versorgungsamt
ZBFS Zentrum Bayern, Familie und Soziales, Nürnberg
- d) bei psychotherapeutischen Anträgen als Bericht an den Gutachter
- e) an den Steuerberater
Name des Überweisers, Rechnungsnummer, Betrag, Wertstellung

6. Löschung der Daten und Recht auf Löschung

Die Daten müssen nach dem Sozialgesetzbuch 10 Jahre nach Behandlungsende aufbewahrt werden. Bei einigen chronischen Erkrankungen kann dieser Zeitraum auch 30 Jahre betragen. Nach dieser Frist werden die Daten auf dem Rechner und externen Sicherungsdatenträgern oder in Cloud-Speichern gelöscht. Papier-Unterlagen und Akten werden von einem zertifizierten Datenvernichtungsunternehmen nach den Bestimmungen der DSGVO vernichtet.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich das Recht auf Löschung habe, sofern nicht andere gesetzliche Grundlagen oder Gründe dagegen sprechen.

Ich kann diese Erklärung jederzeit ohne Nennung von Gründen widerrufen.

Ich habe diese Ausführungen gelesen..

Fürth,

.....

.....

**Name des Patienten/-in / Sorgeberechtigte /
Betreuer/-in**