



**Praxis für Allgemeinmedizin am Askanischen Platz  
Dr. med. Anton Kugler**

Askanischer Platz 1 10963 Berlin 030-25420611 www.doktor-kugler.de

---

Lieber Patient,

da Sie heute erstmalig in unserer Praxis vorstellig sind, möchten wir Sie vorab um einige für uns wichtige Informationen bitten, um Missverständnisse zu verhindern.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Ihre Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Bei Privatversicherung bitte E-Mail Adresse für den Rechnungsversand: \_\_\_\_\_

Bestehen bei Ihnen Krankheiten? ( z.B. Diabetes, Asthma, Schilddrüsenerkrankungen, Herzkrankheiten, Bluthochdruck o.ä. ? )

Nein  Ja  Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen Allergien? Nein  Ja  Falls Ja, gegen was? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein  Ja  Wenn Ja, welche?

1.) \_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_ 3.) \_\_\_\_\_ 4.) \_\_\_\_\_ 5.) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Nein  Ja  Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag ? \_\_\_\_\_

Ihre Größe in cm: \_\_\_\_\_ , Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_ Kg

Haben Sie am Körper Narben von Operationen? Nein  Ja  Ggf wo: \_\_\_\_\_

Wenn Sie über 55 Jahre alt sind: Hatten Sie bereits eine Darmspiegelung? Nein  Ja

Sind in Ihrer näheren Verwandtschaft (Eltern, Geschwister) Krebserkrankungen aufgetreten?

Nein  Ja

Bemerkungen:



## Einwilligungserklärung Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie gerne optimal behandeln.

Wir erheben, verarbeiten und nutzen hierzu Patientendaten von Ihnen.

Viele Datenübermittlungen erfolgen auf gesetzlicher Grundlage.

Datenübermittlungen, die gesetzlich nicht geregelt sind, bedürfen Ihrer ausdrücklichen Genehmigung, um die wir Sie hiermit bitten möchten.

Unsere „Patienteninformation zum Datenschutz“ liegt im Wartebereich für Sie aus.

Dort können Sie nachlesen an wen wir im Bedarfsfall Ihre Daten übermitteln.

Sie können diese Einwilligung zur Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Bei fehlender oder widerrufener Einwilligung ist nur eine Notfallbehandlung möglich. Sollten Sie Fragen haben sprechen Sie uns gerne an.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass mir versäumte Vor- und Nachsorgetermine und Termine für Impfungen, Laborkontrollen oder sonstige Untersuchung telefonisch, postalisch oder per Email (nicht verschlüsselt) mitgeteilt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschreiben haben. Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass **Informationen** an die **folgenden Angehörigen weitergegeben** werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

---

Name, Vorname

---

Adresse/Telefonnummer

Ich bin mit der Datenschutzerklärung vertraut gemacht worden und willige ein.  
Besondere Wünsche im Umgang mit meinen Daten werde ich ausdrücklich äußern.

>

---

Datum, Unterschrift (Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in)