

# Praxis Nawroozi

Die Allgemeinarztpraxis in Norderstedt

Dieses Formular können Sie direkt am Bildschirm ausfüllen.

## Patientendaten

Name:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	
E- Mail:	
Adresse:	
Krankenversicherung:	

## Anamnese

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	1.	
	2.	
	3.	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	1.	
	2.	
	3.	
Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	1.	
	2.	
	3.	
Sind bei Ihnen einer dieser Vorerkrankungen schon bekannt?		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Verdauungstraktes
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> HIV
<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Rheuma
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> andere:
<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen	
<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen	

## Einverständniserklärung zur Teilnahme am Recall-System

Ich \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,  
(Name, Vorname des Versicherten, Krankenkasse bzw. Kostenträger)

bin damit einverstanden, dass die Praxis Nawroozi mich (schriftlich/telefonisch/per Mail/per SMS) an sinnvolle und notwendige Behandlungen, Vorsorge und Termine erinnert oder informiert.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Praxis Nawroozi setzt Sie hiermit davon in Kenntnis, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Ja, ich bin einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Nein, ich bin nicht einverstanden.

Sehr geehrte Patienten,

bitte bringen Sie zum Erstgespräch mit Frau Nawroozi Ihre Unterlagen mit, damit wir Sie umfangreich beraten können.

Versichertenkarte  
Impfpass  
Befunde  
Laborwerte  
Medikamentenplan  
Pflegegrad  
ggf. gesetzlicher Vertreter

Wir bitten Sie auch darum, bei Änderungen Ihrer Daten uns umgehend zu informieren, damit wir diese in Ihre Akte einpflegen können.

Vielen Dank.

Ihr Praxis-Team Nawroozi

Entweder drucken Sie das ausgefüllte Formular aus und bringen es bei Ihrem nächsten Besuch in die Praxis mit...

...oder Sie speichern das ausgefüllte Formular auf Ihrem Rechner und senden es uns per Mail an [praxis@nawroozi.de](mailto:praxis@nawroozi.de)