



MEDICUM MARBACH

Liebe Patientinnen und Patienten wir heißen Sie herzlich willkommen im Medicum Marbach.
Damit wir Sie bestmöglich betreuen können, bitten wir Sie, diesen Bogen in Ruhe auszufüllen,
Vielen Dank!

Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Notfallkontakt

Welche Personen dürfen wir im Notfall kontaktieren?

Name: _____

Beziehung: _____

Telefon: _____

Allergien & Unverträglichkeiten

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

☐ Keine bekannt

☐ Ja, und zwar: _____

Medikamentenunverträglichkeiten: _____

Aktuelle Medikamente

Bitte geben Sie alle regelmäßig oder gelegentlich eingenommenen Medikamente an:



MEDICUM MARBACH

Vorerkrankungen / Dauererkrankungen

Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen wie z.B Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, Autoimmunerkrankungen oder Krebserkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?

Medizinische Implantate

Wurden bei Ihnen medizinische Implantate eingesetzt wie z. B. Herzschrittmacher, Prothesen, Stents? Wenn ja, welche?

Impfstatus

- ☐ vollständig
- ☐ unvollständig
- ☐ unklar

Letzte Tetanus-Impfung (falls bekannt): _____

Familienanamnese

Gibt es wichtige Erkrankungen wie zum Beispiel Schlaganfälle, Herzinfarkte oder Diabetes in ihrer Familie?

Lebensgewohnheiten

Rauchen: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Früher

Alkohol: ☐ regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ selten ☐ nie

Bewegung: ☐ regelmäßig ☐ gelegentlich ☐ selten ☐ nie



MEDICUM MARBACH

Familienmitglieder in der Patientenakte

In unserer Praxissoftware gibt es die Möglichkeit eine Verknüpfung mit bestimmten Familienmitgliedern herzustellen

Ich wünsche eine Verknüpfung mit folgenden Familienmitgliedern:

Erinnerungsservice (Recall)

Wir erinnern Sie gerne an Vorsorge, Impfungen und wichtige Termine.

☐ Ja ☐ Nein

Gewünschter Kontaktweg:

☐ Telefon ☐ SMS ☐ E-Mail

Digitale Dokumentation (Noa Notes)

Zur Erleichterung der ärztlichen Dokumentation verwenden wir moderne digitale Tools.

- ☐ Ich bin einverstanden
☐ Ich bin nicht einverstanden

Datenschutz

Ich wurde über die Verarbeitung meiner Daten informiert und bin damit einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

Schweigepflichtentbindung (optional)

Folgende Personen dürfen Informationen erhalten oder auch Dokumente meiner statt abholen, wie zum Beispiel Rezepte oder Überweisungen.:

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____