

# Informationsbogen bei Erstvorstellung

## PATIENTENSTAMMDATEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_  
Bisheriger Hausarzt (optional): \_\_\_\_\_

■ **Dr. med. Volker Maßmann**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
■ **Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Ernährungsmedizin

■ **49545 Tecklenburg**  
Ostlandweg 4

Tel.: 05481-93990  
Fax: 05481-9399130

E-Mail: info@praxis-leeden.de  
[www.praxis-leeden.de](http://www.praxis-leeden.de)

## VORERKRANKUNGEN

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankungen? (Bitte ankreuzen)

- Herz-Kreislauf       Bluthochdruck       Diabetes       Asthma / COPD  
 Rheuma / Gicht       Osteoporose       Tumor/Krebs       Schlaganfall  
 Bandscheibenvorfall       Schilddrüse       Blutgerinnung       Psychische Erkrankung

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Allergien

Gegen Medikamente:      Nein       Ja

Wenn ja, gegen welche?

.....

Andere Allergien /z.B. Pflaster; Nickel; Heuschnupfen):

.....

## ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

(z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Asthma, Krebserkrankung):

Mutter:.....

Vater:.....

Geschwister:.....

Kinder:.....

Sonstige Blutsverwandte:.....

## WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE IN WELCHER DOSIERUNG EIN?

Bitte geben Sie auch die Medikamente an, die Sie nur unregelmäßig nehmen, auch die freiverkäuflichen Präparate, Insulin oder eine Schlafmaske

.....

.....

.....

.....

.....

## IMPFFSTATUS (STIKO-EMPFEHLUNGEN)

Impfung gegen...	Aktuell / Unbek.	Letzte Impfung / Bemerkung
Tetanus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Diphtherie / Pertussis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Masern / Mumps / Röteln	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
FSME (Zecken)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
<b>ZUSÄTZLICH ab 60:</b>		
Pneumokokken Grippe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Gürtelrose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Covid 19	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
RSV (ab 75)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	
Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ?	

Bei Unsicherheiten bringen Sie bitte Ihren Impfausweis mit.

## LEBENSSTIL

**Raucher:**  nein  Exraucher seit \_\_\_\_\_  ja pro Tag: \_\_\_\_\_

**Schwanger:**  ja  nein  vielleicht

**Sport (was und wie oft):** \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Vorsorge-Untersuchung (Checkup 35)?** \_\_\_\_\_

**Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt?** \_\_\_\_\_

Haben wir noch etwas Wichtiges ausgelassen, das auf keinen Fall vergessen werden darf, oder das Ihnen gerade in diesem Moment einfällt und Sie dringend mit uns besprechen möchten?

Notieren Sie es gerne hier:

.....

.....

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben.

Die Daten werden gemäß DSGVO in unserem Praxissystem gespeichert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG UND ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN GEMÄSS § 73 ABS. 1 B SGB V

■ **Dr. med. Volker Maßmann**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

■ **Dr. med. Birgit Schilling-Maßmann**  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Ernährungsmedizin

■ **49545 Tecklenburg**  
Ostlandweg 4

Tel.: 05481-93990  
Fax: 05481-9399130

E-Mail: [info@praxis-leeden.de](mailto:info@praxis-leeden.de)  
[www.praxis-leeden.de](http://www.praxis-leeden.de)

Ich, \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Arzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Arzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Arzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Arzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Tecklenburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw.  
gesetzlichen Vertreters)

Wir weisen darauf hin, dass in dieser Praxis ein KI-gestützter Dokumentationsassistent genutzt wird. Das Arztgespräch wird per Mikrofon in Echtzeit transkribiert. Anschließend erfolgt eine direkte und komplette Löschung der Aufzeichnung (DGSVO-konform und DIN-lizenziert).