Gesundheitscheck
für die Schwangere

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	
Ausgefüllt am	

Liebe Patientin,

Gratulation, dass Sie sich dafür entschieden haben, aktiv etwas für Ihre Gesundheit zu tun.

Der **Gesundheitscheck für die Schwangere** dient der Erstellung Ihrer persönlichen Gesundheitsrisiko-Analyse und gibt Ihnen Aufschluss über Ihre individuellen Gesundheitsrisiken beziehungsweise die mit verursachenden Faktoren von Erkrankungen – **Ihrer und der Ihres ungeborenen Kindes**. Des Weiteren erstellen wir für Sie – zu Ihrem **Wohlergehen und dem Ihres Kindes** – einen **individuellen Schwangerenvorsorgeplan**.

Hinweise zur Bearbeitung

Nutzen Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens bitte ausschließlich den Adobe Reader. Sie können das Programm kostenlos herunterladen. Download und Installation dauern nur wenige Minuten.

Speichern Sie bitte zunächst diesen Anamnesebogen über „Speichern unter“ auf Ihrem Rechner (z. B. auf dem Desktop).

Bitte beantworten Sie dann die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe.

Bitte geben Sie an, wer in Ihrer Familie nachfolgende Erkrankungen hat bzw. hatte:

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Atmungssystem								
Asthma bronchiale	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heuschnupfen durch Pollen (allergische Rhinopathie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Heuschnupfen, unklarer Ursache (allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Augen und Augenanhangsgebilde								
Grauer Star (Cataracta senilis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Grüner Star (Glaukom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Makuladegeneration des hinteren Poles (AMD)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Blutbildende Organe – Immunsystem								
Infektanfälligkeit (Immundefekt), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten								
Adipositas - BMI (Körpermassenindex) ≥ 30	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diabetes mellitus, Typ II (nicht primär insulinabhängig)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erhöhte Triglyzeride (reine Hypertriglyzeridämie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erhöhung des LDL-Cholesterins (reine Hypercholesterinämie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gicht, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Harnsäurestoffwechselstörung (Hyperurikämie) ohne Zeichen von entzündlicher Gelenkentzündung (Arthritis) oder tophischer Gicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen								
Allergie, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Haut und Unterhaut								
Neurodermitis (atopisches [endogenes] Ekzem)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kreislaufsystem								
Angina pectoris (Brustschmerz wg. Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arterienverkalkung (Arteriosklerose, Atherosklerose)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Arterienverkalkung der Hirngefäße (zerebrale Atherosklerose)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bluthochdruck (essentielle [primäre] Hypertonie)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Erkrankungen der Herzkranzgefäße (chronische ischämische Herzkrankheit)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schlaganfall (Apoplex), nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vorhofflimmern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Muskel-Skelett-System und Bindegewebe								
Chronische Polyarthritis (PCP; rheumatoide Arthritis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knochenerweichung (Osteomalazie) im Erwachsenenalter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Knochenwachstumsstörung (floride Rachitis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Osteoporose (Knochenschwund) ohne pathologische Fraktur (Knochenbruch)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Nervensystem – Psyche								
Alzheimer-Krankheit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks (außer Spina bifida)	☐			☐	☐		☐	
Demenz (Störung der Hirnleistung), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Depressive Episode	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hirninfarkt (ischämischer – durch Blutleere bedingter Hirninfarkt)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Migräne	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Motoneuron-Krankheit (amyotrophische Lateralsklerose; Lou-Gehrig-Syndrom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Multiple Sklerose (MS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Parkinson-Syndrom (primäres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spina bifida (angeborene Fehlbildung, z. B. „offener Rücken“)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Neubildungen / Krebserkrankungen								
Brustkrebs (Mammakarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hautkrebs (sonstige bösartige Neubildung der Haut)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Magenkrebs (Magenkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Melanom (schwarzer Hautkrebs)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plasmozytom (Multiples Myelom; Morbus Kahler)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Urogenitalsystem (Nieren, Harnwege – Geschlechtsorgane)								
Nieren- und Ureterstein (Harnleiterstein)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stein in den unteren Harnwegen (Harnblase)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verdauungssystem								
Gutartige Neubildung des Dickdarms (Kolon), des Mastdarms (Rektum), des Analkanals und des Anus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Morbus Crohn (Enteritis regionalis)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Geben Sie bitte nachfolgend Ihre übliche Ernährungsweise an:

- [x] **Mischköstler**
  Verzehr von pflanzlichen sowie tierischen Nahrungsmitteln
- [ ] **Ovo-Vegetarier**
  Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Eiern
- [ ] **Lacto-Vegetarier**
  Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Milch und Milchprodukten
- [ ] **Ovo-Lacto-Vegetarier**
  Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln, Eiern sowie Milch und Milchprodukten
- [ ] **Veganer**
  Verzehr von ausschließlich pflanzlichen Nahrungsmitteln

Bitte geben Sie Ihren Genussmittelkonsum an:

Kein Alkoholkonsum	☐
	Anzahl in der letzten Woche
Bier (0,3 l)	
Weißwein (0,2 l)	
Rotwein (0,2 l)	
Spirituosen (Schnaps etc.)	
Sekt / Cocktail (0,2 l)	

Nichtraucher		☐
Nichtraucher seit x Jahren		-
Passivraucher		☐
Zigaretten	Anzahl pro Tag	keine
Zigarren		☐
Zigarillo		☐
Pfeife		☐

Kein Koffeinkonsum	☐
	Anzahl pro Tag
Kaffee (125 ml)	
Espresso (50 ml)	
Cappuccino (125 ml)	
Latte macchiato (225 ml)	
Grüner Tee (125 ml)	
Schwarzer Tee (125 ml)	
Cola Getränke (300 ml)	
Energy Drinks (250 ml)	

Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:

- ☐ **Sitzend**
  - z. B. Bürotätigkeit
- ☐ **Sitzend, zeitweilig gehend/stehend**
  - z. B. leichte Hausarbeiten
- ☐ **Überwiegend gehend/stehend**
  - z. B. Verkäuferin
- ☐ **Körperlich anstrengend**
  - z. B. Altenpflegerin
- ☐ **Körperlich sehr anstrengend**
  - z. B. Forstwirtin
- ☐ Rentnerin
- ☐ Schicht-/Wechseldienst
- ☐ Nachtdienst
- ☐ Zur Zeit arbeitslos

Teilen Sie die 24 Stunden eines Werktages auf:

Berufliche Aktivität (Arbeitszeit)	00:00	hh:mm
Schlafdauer	00:00	hh:mm
Passive Freizeit (z. B. Fernsehen, Internet, Ausruhen, Lesen)	00:00	hh:mm
Aktive Freizeit (z. B. Spazieren gehen, Einkaufen, mit Kindern spielen, Hausarbeit)	00:00	hh:mm
Summe (die Zeitangaben müssen zusammen 24 Stunden ergeben!)	00:00	hh:mm

Bitte geben Sie Ihre sportliche Aktivität der letzten 6 Wochen an:

Keine sportlichen Aktivitäten ☐

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportler ☐

Leistungssportler* ☐

*Ein Leistungssportler trainiert mindestens 3-mal pro Woche, jeweils 90 Minuten und hat einen zusätzlichen wöchentlichen Kalorienverbrauch von wenigstens 2000 kcal.

Notieren Sie im Folgenden die Sportart sowie die Trainingshäufigkeit und -dauer pro Woche.

Sportart	Hauptsportart	Wochentag/e	Uhrzeit – von - bis
Nordic Walking (Beispiel)	x	Montag, Donnerstag	17:00-17:45, 18:30-19:00
Schwimmen (Beispiel)		Mi, Sa, So	09:00-09:30

Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Zyklus und Ihren Schwangerschaften:

Erste Regelblutung (Lebensalter in Jahren)

Letzte Regelblutung (TT.MM.JJJJ)

Zykluslänge* (Beispiel: 28 bis 30 Tage) bis

*Die Zykluslänge ist der Abstand in Tagen, zählend vom ersten Tag (Beginn) einer Regelblutung bis zum Ende des Zyklus, das heißt, bis einschließlich des letzten Tages vor Beginn einer neuen Regelblutung.

Derzeit bestehende Schwangerschaft ✔

Körpergewicht vor der Schwangerschaft (kg)

Frühere Schwangerschaften	**1. Schwangerschaft**	**2. Schwangerschaft**	**3. Schwangerschaft**	**4. Schwangerschaft**
Geburtsjahr				
Geburt zum Termin				
Geburt 2 Wochen nach Termin				
Frühgeburt – bis 37. Schwangerschaftswoche				
Geburtsgewicht				
Nicht gestillt				
Gestillt – weniger als 6 Wochen				
Gestillt – 6 Wochen und mehr				
Fehlgeburt bis 16. Schwangerschaftswoche (Frühabort)				
Fehlgeburt von 17. bis 28. Schwangerschaftswoche (Spätabort)				
Totgeburt – ab 29. Schwangerschaftswoche				
Schwangerschaftsabbruch				
	Löschen	Löschen	Löschen	Löschen

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Krankheiten Sie haben:

		seit Jahr (JJJJ)
☐	Chronische Schmerzen	
☐	Diabetes mellitus, Typ 2	
☐	Hashimoto-Thyreoiditis	
☐	Hereditäre Fructoseintoleranz (angeborene Form)	
☐	Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	
☐	Hypercholesterinämie (Cholesterin ↑)	
☐	Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)	
☐	Hypertonie (Bluthochdruck)	
☐	Hypertriglyzeridämie (Triglyceride ↑)	
☐	Hyperurikämie (Gicht)	
☐	Kolonkarzinom (Dickdarmkrebs)	
☐	Lactoseintoleranz	
☐	Morbus Basedow	
☐	Rheuma	
☐	Subkl. (latente) Hyperthyreose ("milde" Schilddrüsenüberfunktion)	
☐	Entzündliche Polyarthropathien (Gelenkerkrankungen)	

Welche - Bitte wählen ...

Weitere Krankheiten

Bitte geben Sie Ihre Operationen an. Die unteren Felder dienen der freien Texteingabe.

	Jahr (JJJJ)	Monat (MM)	Grund der Operation
Entfernung des Eierstocks, links			
Entfernung des Eierstocks, rechts			

Dauermedikation

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

Medikament 1	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 2	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 3	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 4	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	
Medikament 5	Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
	Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname		
	Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
	Dosierung/Anzahl	k.A.	
	Darreichungsform	Keine Angabe	

Dauermedikation

Medikament 6

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 7

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 8

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 9

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Medikament 10

Name des Medikamentes/Wirkstoffs		
Therapiebeginn		(TT.MM.JJJJ)
Handelsname		
Wirkstoffmenge/Einheit		k.A.
Dosierung/Anzahl	k.A.	
Darreichungsform	Keine Angabe	

Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an:

Körpergröße (cm)	
Körpergewicht (kg)	

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Ich leide unter Einschlafstörungen – Einschlafphase länger als 30 Minuten.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Durchschlafstörungen – Durchschlafphase kürzer als 4 Stunden und 30 Minuten.	☐	☐	☐	☐	☐

***Legende**
Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;
Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Abnorme Gewichtsabnahme	☐	☐	☐	☐	☐
Abnorme Reflexe	☐	☐	☐	☐	☐
Atemnot (Dyspnoe)	☐	☐	☐	☐	☐
Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung	☐	☐	☐	☐	☐
Auszehrung; starke Abmagerung (Kachexie)	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchschmerzen, sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐
Bauchwassersucht (Aszites)	☐	☐	☐	☐	☐
Blähungen (Flatulenz und verwandte Zustände)	☐	☐	☐	☐	☐
Blässe	☐	☐	☐	☐	☐
Blutung der Haut, kleinflächige, fleckenförmig (spontane Ekchymosen)	☐	☐	☐	☐	☐
Blutung, andernorts nicht klassifiziert	☐	☐	☐	☐	☐
Demoralisierung und Teilnahmslosigkeit (Apathie)	☐	☐	☐	☐	☐
Durchfall (Diarrhoe) und Magendarmentzündung (Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs)	☐	☐	☐	☐	☐
Fehlen des Geruchssinns (Anosmie)	☐	☐	☐	☐	☐
Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	☐	☐	☐	☐	☐
Funktionelle Durchfallerkrankung (funktionelle Diarrhoe)	☐	☐	☐	☐	☐
Gedächtnisstörung für zeitliche und inhaltliche Erinnerungen (Amnesie)	☐	☐	☐	☐	☐
Gelbsucht (Ikterus), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Halluzinationen, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Herzaktionen wie Herzklopfen, Herzrasen etc., die Sie selbst wahrnehmen (Palpitationen)	☐	☐	☐	☐	☐
Koordinationsstörungen, sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐

***Legende**
Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;
Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Weitere Beschwerden

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Kopfschmerz	☐	☐	☐	☐	☐
Krämpfe und Spasmen der Muskulatur	☐	☐	☐	☐	☐
Krankhaft erhöhte Urinausscheidung (Polyurie)	☐	☐	☐	☐	☐
Krankhaftes Schwitzen (Hyperhidrose)	☐	☐	☐	☐	☐
Kreuzschmerz	☐	☐	☐	☐	☐
Kribbeln, Taub- und Pelzigsein der Haut, Taubheit etc. (Parästhesie der Haut)	☐	☐	☐	☐	☐
Magersucht (Anorexie)	☐	☐	☐	☐	☐
Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	☐	☐	☐	☐	☐
Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Reizbarkeit und Wut	☐	☐	☐	☐	☐
Schluckstörung (Dysphagie), sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐
Schwindel und Taumel	☐	☐	☐	☐	☐
Seemannsgang, eine Form der Gehstörung (ataktischer Gang)	☐	☐	☐	☐	☐
Sodbrennen	☐	☐	☐	☐	☐
Störung der Bewegungskoordination; Unfähigkeit gerade zu sitzen bzw. zu stehen (Ataxie)	☐	☐	☐	☐	☐
Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes, sonstige und nicht näher bezeichnete	☐	☐	☐	☐	☐
Tachykardie (mehr als 100 Herzschläge/Minute), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐
Trockene Haut (Xerosis cutis)	☐	☐	☐	☐	☐
Übelkeit und Erbrechen	☐	☐	☐	☐	☐
Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln; anfallsartige Verkrampfungen der Muskulatur (Tetanie)	☐	☐	☐	☐	☐
Unwohlsein und Ermüdung	☐	☐	☐	☐	☐
Veränderung des Hautreliefs	☐	☐	☐	☐	☐
Zittern (Tremor), nicht näher bezeichnet	☐	☐	☐	☐	☐

***Legende**
Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;
Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Sie können nun über den Button „Überprüfung auf Vollständigkeit“ prüfen lassen, ob Sie alle für den Check erforderlichen Pflichtangaben getätigt haben.

Überprüfung auf Vollständigkeit

Herzlichen Dank, dass Sie den Anamnesebogen ausgefüllt haben.

Bitte beachten Sie: Da Ihre Daten in diesem Dokument unverschlüsselt vorliegen, sollten Sie nur sichere Übermittlungsarten nutzen.

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung
Mit der Zusendung des Anamnesebogens stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Alle eingegebenen Daten löschen!