

CODE

ART DER EINSENDUNG: **FACHEINSENDER**

Probeneingang Labor: _____

MH-ID: _____

Vergabe durch Melio.serv®

Ihre Daten werden ausschließlich im Rahmen der Untersuchung erhoben und verwendet. Bitte ergänzen Sie die erforderlichen Daten bzw. kreuzen Sie Ihre Auswahl eindeutig an. **BITTE VERWENDEN SIE DRUCKBUCHSTABEN. 1 notwendige Angaben.**

PATIENT*IN / KLIENT*IN: Geschlecht:¹ **M** **W** **D** **Geb.-datum:**¹ _____ ◀

Name:¹ _____

Land: _____

Vorname:¹ _____

E-Mail:¹ _____

Straße, Hausnr.:¹ _____

Mobil:² _____

Telefon:² _____

PLZ, ORT:¹ _____

2 Geben Sie für Rückfragen bitte mind. 1 Rufnummer an.

Größe in cm:¹ _____ Gewicht in kg:¹ _____

A - Allgemeine Angaben Klient*in / Patient*in

Welche Beweggründe sind für Ihre Untersuchung ausschlaggebend? (Aktuelle Beschwerden)

1. _____
2. _____
3. _____

Bitte in der für Sie relevanten Reihenfolge angeben. Ggf. Beiblatt verwenden bzw. Einzelangabe ausreichend, wenn keine „Mehrfachbeschwerden“ vorliegen.

Leiden Sie unter einer ansteckenden Krankheit?

Nein Ja. Welche: _____

Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Fernreise unternommen?

Nein Ja. Reiseziel: _____

Wurden die empfohlenen Reisemedikamente eingenommen?

Ja Nein. Grund: _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Facheinsender Web Social Media
 Empfehlung Sonstiges: _____

B - Fachbereich¹:

- Medizin und Heilkunde** ■
 Gesundheit und Ernährung ■
 Sport und Fitness ■
 Beauty und Kosmetik ■

Bitte auswählen.

C - Datenschutz¹ Ihre Freigabe kann schriftlich jederzeit kostenfrei geändert werden.

Wir respektieren Ihre Daten und nehmen den Schutz Ihrer Angaben ernst. Für die sachgerechte Bearbeitung benötigen wir daher Ihre Freigabe gemäß EU-DSGVO:

- OK** Für die Versendung von Daten und Informationen gebe ich die Nutzung o.g. E-Mail Adresse frei.
- OK** Für die im Rahmen der Untersuchung notwendigen Maßnahmen erteile ich die erforderliche Freigabe für die Erhebung und Verwendung meiner persönlichen Daten. Ein Verkauf der Daten ist nicht gestattet.
- OK** Ich bestätige, dass ich o.g. **Facheinsender** eine Erklärung zur Verwendung meiner Daten erteilt habe. Hilfsweise dient diese Erklärung für Melio.serv als solche.
- OK** Melio.serv kann mich im Rahmen der Zusammenarbeit jederzeit persönlich ansprechen.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich Ihre Datenschutzbestimmungen und die Arbeitsweise von Melio.serv.
Für die Freigabe und Nutzung der E-Mail-Verwendung ist mir bekannt, dass eine Übertragung von Daten über das Internet nicht sicher ist.
Ich bin sowohl mit der Erhebung und Verwendung meiner Daten, als auch mit der sachgerechten Nutzung im Rahmen notwendiger Folgeschritte (Nach- bzw. Kontrolluntersuchung, Folgemaßnahmen - Therapie, etc.) und ggf. der notwendigen Weitergabe an meinen Facheinsender einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift:



D - Angaben zum aktuellen Vitalstatus / Befinden:



Lesen Sie zunächst **alle Fragen in Ruhe** komplett **durch** und **nehmen Sie sich Zeit** für deren sachgerechte Beantwortung. Bei Bedarf verwenden Sie ggf. ein gesondertes Beiblatt.

Melio.serv®

MEDIBOGEN FE Seite 2



Wenn Sie unsicher sind, fragen Sie ggf. Ihren Facheinsender bzw. tragen Sie ein, was für Sie relevant ist.

1) **Befinden Sie sich in ärztlicher / zahnärztlicher Behandlung?** **Nein** - **Ja** (wenn ja, warum?)

2) **Bestehen bekannte Erkrankungen oder Allergien?** Wenn ja, seit wann und welche?

(z.B.: Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüse, Hautkrankheiten, Heuschnupfen)

3) **Gab es schwere Erkrankungen oder Operationen in der Vergangenheit?** **Nein** - **Ja**

Wenn ja, welche und wann?

4) **Welche Medikamente werden regelmäßig eingenommen?** Bitte angeben; ggf. Beiblatt nutzen.

5) **Werden homöopathische Mittel angewendet?** **Nein** - **Ja** Wenn ja, welche und warum?

6) **Werden Nahrungsgänzungsmittel eingenommen?** **Nein** - **Ja** Angaben zu Produkt, Hersteller, Zeitraum & Menge.

7) **Welche sonstigen Beschwerden bestehen?** z.B.: Kopfschmerzen | Schwindel | innere Unruhe | Juckreiz | Ohrgeräusche

8) **Welche Organe wurden entfernt? Welche künstlichen Gelenke/Prothesen sind vorhanden?** Seit wann?

9) **Bestehen Verdauungsbeschwerden?** **Nein** **Ja: Durchfall** - **Verstopfung** - **wechselhafter Stuhlgang**

10) **Beeinträchtigungen:** z.B.: „Ich habe Muskelkrämpfe“, „Ich schlafe schlecht“, „Ich fühle mich antriebslos“

Sonstige Hinweise / Mitteilungen: (z.B.: vorübergehende Einnahme von Schmerzmitteln | bestehende ärztliche Befunde)

Ich akzeptiere mit meiner Unterschrift die Vorgehensweise von Melio.serv. Die zuvor erteilten Angaben beziehen sich auf die Person, für die eine Untersuchung vorgesehen ist und deren Probenmaterial dieser Sendung beiliegt. Mir ist bekannt, dass jeglicher Mißbrauch untersagt ist und akzeptiere, dass jegliche Regressansprüche ausgeschlossen sind. Zudem versichere ich, alle Angaben wahrheitsgemäß und richtig eingetragen zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift:
