

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte nehmen Sie sich Zeit und beantworten Sie die Fragen vollständig. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

Persönliche Daten:

Name: Vorname: Geb. Datum:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

.....

Schweigepflichtentbindung für Angehörige / nahestehende Personen:

Um auch mal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten/ in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diesen Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir hier auch Ihre schriftliche Einwilligung.

Name Verwandtschaftsgrad Telefon

1.)

2.)

3.)

Datum, Unterschrift:

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: Kinder:

Familienstand: Arbeitgeber:

Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen dienen Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand entsprechend anzupassen. Sollten Sie Fragen haben, sind wir Ihnen gern behilflich.

Haben Sie eine oder mehrere Vorerkrankungen?

Vorerkrankung	Nein	Ja	Wenn ja, seit wann und welche?
Bluthochdruck			
Herzerkrankungen			
Blutzuckerkrankheit			
Lungenerkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Hauterkrankungen			
Magen-/ Darmerkrankungen			
Tumorerkrankungen			
Fettstoffwechselerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Rheuma			
Anfallsleiden			
Psychische Erkrankungen			
Kinderkrankheiten			
Andere Erkrankungen			

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Wenn ja, welche?

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z. B. Pille oder frei verkäufliche Präparate (z. B. Nahrungsergänzungsmittel).

Medikamentenname/ Wirkstoff	Stärke mg / µg	morgens	mittags	Abends	Nachts

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, wann und welche?

.....

.....

Leidet oder litten Familienangehörige an folgenden Erkrankungen?

Erkrankung	Nein	Ja, welche
Bluthochdruck		
Herzerkrankungen		
Blutzuckererkrankungen		
Lungenerkrankungen		
Krebserkrankungen		
Andere Erkrankungen		

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel und was?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, täglich/ gelegentlich und wieviel?

Konsumieren oder konsumierten Sie andere Substanzen/ Drogen? Wenn ja, was und wie oft?

Haben Sie Schlafprobleme?

Gibt es Probleme beim Stuhlgang oder beim Wasserlassen?

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung? (Checkup U35/ 35, Hautcheck, Krebsfrüherkennung Männer 45, Darmkrebsvorsorge 55)

Werden Sie von anderen Fachkollegen betreut? Wenn ja, welcher Facharzt?

Haben Sie eine Betreuungsverfügung oder eine Vorsorgevollmacht?

Für Patientinnen:

Schwangerschaften: Geburten:

Fehlgeburten: Menstruation:

Menopause: Operationen:

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ort, Datum:

Unterschrift: