

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,
willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich hierfür Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxispersonal. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben:

Anrede/Titel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. (privat): _____ Tel. (geschäftl.): _____

Tel. (mobil): _____ Email: _____

Krankenkasse: _____ Mitglied Familienmitglied
 Rentner Zuzahlungsbefreit

Hauptversicherter (Bei Privatversicherten, wenn abweichend)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name: _____ Telefon: _____

Schweigepflichtentbindung für Angehörige oder nahestehende Personen:

Um auch einmal Ihren Angehörigen oder nahestehenden Personen (z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter, Lebensgefährtin/in) Befunde wie z.B. Blutuntersuchungsergebnisse mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand informieren zu dürfen, benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

	<u>Name</u>	<u>Verwandtschaftsgrad</u>	<u>Telefon</u>
1			
2			
3			

Datum, Unterschrift: _____

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____

Patientenservice:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft gerne über Kontrolltermine (z.B. Impfungen oder Vorsorgetermine). Je nachdem melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

- Ja, bitte informieren Sie mich. Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig.
- schriftlich
 - telefonisch
 - per Email

Datum, Unterschrift: _____

Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen bereits bekannte Erkrankungen:

Hatten Sie schon einmal Operationen? nein ja

Wenn ja, welche und wann (Jahr)? _____

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Wann war der letzte Check-up? _____

Wann war Ihre letzte Impfung und welche? (bei Covid-19 bitte beide eintragen inkl. Name des Impfstoffes)

Ihre Medikamente (BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN):

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

Medikament Name, Wirkstoffmenge	Einnahmezeit Morgens	Einnahmezeit Mittags	Einnahmezeit Abends	Einnahmezeit Nachts

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Risikoprofil:

Gibt es chronische Erkrankungen in Ihrer Familie?

Nein, es sind mir keine bekannt.

Ja, welche und bei wem? _____

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie?

Nein, es sind mir keine bekannt.

Ja, welche und bei wem? _____

Allgemeine Daten:

Ihre Größe: _____

Ihr Gewicht: _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Häufig Gelegentlich

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja

Häufig Gelegentlich

Treiben Sie Sport? Nein Ja

Häufig Gelegentlich

Sportart: _____

Sind Veränderungen der Blutwerte bekannt? Nein Ja

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Nein Ja

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden/Bekanntem Internet Arztkollegen

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass

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

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

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

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____