

## Patientenaufnahmebogen

46284 Dorsten

### 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 unsere Mitarbeiterinnen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl. \_\_\_\_\_

Tel. mobil \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Patientenverfügung ja      nein

Vorsorgevollmacht      ja      nein      Pflegegrad      nein      ja, welcher \_\_\_\_

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

### Freiwillige Angaben:

Beruf/ Tätigkeit \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

### 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.

**Bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:**

---

---

---

---

Operationen? Welche? Wann?

---

---

---

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche?

---

---

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 (mg)	Einnahmezeit <b>Morgens</b>	Einnahmezeit <b>Mittags</b>	Einnahmezeit <b>Abends</b>	Einnahmezeit <b>Nachts</b>

**Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!**

**Risikoprofil/ Allgemeines:**

Gibt es chronische Erkrankungen in Ihrer Familie?

Nein, es sind keine bekannt.

Ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie?

Nein, es sind keine bekannt.

Ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_

Ihre Größe: \_\_\_\_\_

Ihr Gewicht: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja Wieviel? \_\_\_\_\_

Nein

Alkoholkonsum Nein Häufig Gelegentlich

Sind Veränderungen der Blutwerte bekannt? Ja Nein

Sport Ja, regelmäßig Unregelmäßig Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Nein Ja Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

**Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahestehende Personen:**

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

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

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

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

Dorsten, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_