Aufnahmebogen für neue Patienten

Liebe Patientinnen und Patienten,

herzlich willkommen in unserer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Wir bitten Sie, diesen Aufnahmebogen möglichst vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht. Sollten Sie Fragen haben oder Unterstützung benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Ihr Praxisteam.

Persönliche Angaben

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefonnr. (Festnetz) _____ Telefonnr. (mobil) _____

Emailadresse: _____

Krankenkasse _____

Beruf/Tätigkeit _____

Notfallkontakt (optional): Name _____ Telefonnr. _____

Eigene Vorerkrankungen

Herz-Kreislaufkrankungen: Nein Ja, welche _____
(z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Vorhofflimmern, Thrombose)

Stoffwechselerkrankungen Nein Ja, welche _____
(z.B. Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörungen)

Lungenerkrankungen: Nein Ja, welche _____

Magen oder Darmerkrankungen: Nein Ja, welche _____

Leber oder Gallenerkrankungen: Nein Ja, welche _____

Nierenerkrankungen: Nein Ja, welche _____

Schwere Infektionskrankheiten: Nein Ja, welche _____

Neurologische Erkrankungen: Nein Ja, welche _____

Psychiatrische Erkrankungen: Nein Ja, welche _____

Erkrankungen des Bewegungsapparates: Nein Ja, welche _____

Augenerkrankungen: Nein Ja, welche _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Allergien / Unverträglichkeiten _____

Operationen (welche und wann) _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (ggf. einen aktuellen Medikamentenplan beifügen)

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____ Seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? Nie Selten Gelegentlich Häufig

Gesundheitsvorgeschichte der Familie (Erkrankungen bei Eltern, Geschwistern oder Großeltern)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Vorhofflimmern)

Nein Ja Bei wem und welche? _____

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Gicht, Fettstoffwechselstörungen)

Nein Ja Bei wem und welche? _____

Krebserkrankungen (z.B. Darmkrebs, Brustkrebs, Lungenkrebs)

Nein Ja Bei wem und welche? _____

Sonstige Erkrankungen (z.B. neurologische oder psychiatrische Erkrankungen,

Lungenerkrankungen, autoimmune oder rheumatische Erkrankungen, Gerinnungsstörungen)

Nein Ja Bei wem und welche? _____

Ich stimme der Übermittlung meiner Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer zu.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern anfordert.

Ich habe die Datenschutzbestimmungen gelesen und stimme diesen zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten oder gesetzlichen Betreuers