

# Patientenaufnahmebogen

Liebe Patienten, herzlich Willkommen in unserer Praxis. Zum Anlegen und Aktualisieren Ihrer Patientenakte bitten wir Sie, den folgende Patientenaufnahmebogen möglichst vollständig zu beantworten.

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße/Hsnr. \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. zu Hause \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

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

## **Freiwillige Angabe:**

Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

## **Anamnese:**

### Vorerkrankungen:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Diabetes          | <input type="radio"/> Herz-              | <input type="radio"/> Rheuma             |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck     | <input type="radio"/> Nieren-            | <input type="radio"/> Gelenkerkrankungen |
| <input type="radio"/> Magen-            | <input type="radio"/> Leber- und Gallen- | <input type="radio"/> Embolien           |
| <input type="radio"/> Darm-             | <input type="radio"/> Schilddrüse-       | <input type="radio"/> Krampfleiden       |
| <input type="radio"/> Augenerkrankungen | <input type="radio"/> Krebs: _____       |  |
| <input type="radio"/> sonstiges: _____  |  |  |

Operationen? Welche? Wann?

---

---

Allergien/Unverträglichkeiten  Heuschnupfen  allergisches  Asthma  Metalle  Penicillin  
 sonstige: \_\_\_\_\_

Impfpass vorhanden  Ja  Nein

Ihre Größe \_\_\_\_\_ Ihr Gewicht \_\_\_\_\_

	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
Zuckerkrankheit								
Herzinfarkt								
Schlaganfall								
Bluthochdruck								
Allergien								
Krebs								

Rauchen Sie?  Ja  Nein  häufig  gelegentlich

Trinken Sie Alkohol?  nie  selten  gelegentlich  täglich

**Ihre Medikamente:** (Bitte unbedingt ausfüllen oder aktuellen Medikamentenplan beifügen)

Medikament (Name/Wirkstoff/mg)	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.  Ja  Nein

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.  JA  Nein

Ich habe den Flyer „Informationen zum Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung in unserer Praxis“ gelesen und verstanden und akzeptieren das dort beschriebene Vorgehen.  JA  Nein

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

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Betreuers)

**Schweigepflichtsentbindung für Angehörige/nahestehende Personen:**

Um auch Angehörigen (z.B. Ehepartner, Kinder oder Lebensgefährten/in) Befunde mitteilen zu dürfen, oder Rezepte, Überweisungen etc. aushändigen zu dürfen, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung. Ich erteile hiermit mein Einverständnis für folgende Personen:

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

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Betreuers)