

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, Sie als Neupatient in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns möglichst zeitnah auf Ihre Patientenbedürfnisse einstellen können, benötigen wir vorab Informationen zu Ihrer Krankenvorgeschichte und zu Fragen zum Umgang mit Ihrer Patientendokumentation.

Bitte nehmen Sie sich daher die Zeit, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig und sorgfältig zu beantworten. Bei Fragen steht unser Team Ihnen gern mit Rat und Tat zur Seite.

Allgemeine Angaben

Tel. Nr.:

E-Mail:

Name:

Vorname:

geb. am:

Alter in Jahren:

Geschlecht: :

weiblich

männlich

divers

Größe in cm:

Schwerbehinderung: nein ja GdB: _____

Gewicht in kg:

Pflegegrad: nein ja: PG: _____

Soziale Angaben

Beruf:

Familienstatus:

ledig

verheiratet/in Partnerschaft

geschieden/verwitwet

Kinder:

ja

wenn ja wieviele:

nein

Rauchen Sie:

ja

wenn ja: 1) Wie viele Zigaretten/Tag:

nein

2) Wie viele Jahre:

Alkoholkonsum: nein

ja

wenn ja wie oft/Woche und was:

Krankenvorgeschichte

Allergien:

Vorerkrankungen:

was, seit wann:

Behandelnder Facharzt:

- Bluthochdruck
- Diabetes mellitus
- Herzerkrankungen
- Asthma bronchiale
- COPD
- Gicht
- Erhöhte Blutfette
- Rheumaerkrankung
- Krebserkrankung
- Magen-Darmerkrankung
- Unterleibserkrankung
- Schilddrüsenerkrankung
- Hauterkrankung
- Hals-Nasen-Ohren
- Augenerkrankung
- Gelenke und Knochen
- Sonstiges

Operationen und Eingriffe:

welche:

wann:

Reha-Aufenthalte:

welche:

wann:

Sind Sie in ein so genanntes DMP eingeschrieben?

nein

ja

wenn ja in welches:

Familienvorgeschichte

Allergien:

wer: _____

was: _____

Vorerkrankungen:

wer:

was:

Aktuelles

Aktuelle Beschwerden:

seit wann:

was:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente: nein

ja

Wenn ja:

Medikamentenplan vorhanden: ja:

bitte vorlegen

nein:

bitte Medikamente eintragen:

Bevollmächtigung

Folgende Personen dürfen in Vertretung an meiner statt unter Vorlage ihres Identitätsnachweises Dokumente zu meiner medizinischen Versorgung (u.a. Rezepte, Überweisungen, Einweisungen, Krankentransportscheine, Kopien meiner Unterlagen)

abholen

anfordern und bestellen

Name

Geb.-Datum

Adresse

_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mir ist bekannt, dass diese Vollmacht keine vollständige Schweigepflichtsentbindung meines Hausarztes gegenüber genannten Personen darstellt und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand oder andere der Schweigepflicht unterliegenden Informationen in dieser Bevollmächtigung nicht inbegriffen sind.

Ort, Datum

Unterschrift