

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

### Persönliche Angaben:

Name	_____	Vorname	_____
Straße/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Tel. zu Hause	_____	Tel geschäftlich	_____
Handy	_____	Email	_____
Krankenkasse	_____	<input type="checkbox"/> Mitglied	<input type="checkbox"/> Familienmitglied
		<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> Zuzahlungsbefreit

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name	_____	Telefon	_____
------	-------	---------	-------

### Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen:

Um auch einmal 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 \_\_\_\_\_

### Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit	_____	Anzahl Kinder	_____
Arbeitgeber	_____	Familienstand	_____
Sport	<input type="checkbox"/> Ja, regelmäßig	Sportart	_____
	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> Nein	

**Patientenservice:**

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

- Ja, bitte informieren Sie mich       Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

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 schon bekannte Erkrankungen:

---

---

---

---

Operationen? Welche? Wann?

---

---

---

---

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche?

---

---

---

Sonstige Erkrankungen:

---

---

---

Wann war der letzte Check-up?

---

Wann war Ihre letzte Impfung?

---

**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.

<b>Medikament</b> 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:**

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? \_\_\_\_\_

**Allgemeine Daten:**

Ihre Größe \_\_\_\_\_

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

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Häufig

Gelegentlich

Alkoholkonsum

Ja

Nein

Häufig

Gelegentlich

Sind Veränderungen der Blutwerte bekannt?

Ja

Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Wann zuletzt?

Ja

Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden/Bekanntem

Internet

Telefonbuch / Telefonauskunft

Arztkollegen

Zeitung

Sonstiges

**Einverständniserklärung zur Erhebung/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.

Stadthagen, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient \_\_\_\_\_