



Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrte Patient,

wir freuen uns Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie etwas besser kennen zu lernen und behandeln zu können, bitten wir Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen auszufüllen.

Das Ausfüllen erfolgt freiwillig und Sie können jederzeit der Verwendung Ihrer Daten widersprechen.

Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Vorname, Name		Geburtsdatum
<input type="text"/>		
Straße, PLZ, Ort		
<input type="text"/>		
Telefonnummer(n)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenkasse	Beruf	Familienstand/ Anzahl Kinder
<input type="text"/>		
Größe (cm) / Gewicht (kg)		

Bitte nennen Sie uns Ihre aktuellen Beschwerden:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?
(Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen)**

Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Herzrhythmusstörungen, Thrombose, Embolie, Krampfadern, zu hoher oder niedriger Blutdruck)

ja, und zwar folgende:

nein

Lungen/Atemwegserkrankungen (z.B. Chronische Bronchitis, COPD, Asthma, Tuberkulose, Lungenentzündung, Schlafapnoe)

ja, und zwar folgende:

nein



Bluterkrankungen/Erhöhte Blutungsneigung (z.B. Hämophilie, Blutverdünner z.B. ASS, Marcumar, Pradaxa, Eliquis, Xarelto, Lixiana)

ja, und zwar folgende:

nein

Lebererkrankungen (z.B. Hepatitis, Gelbsucht, Leberverfettung, Leberzirrhose)

ja, und zwar folgende:

nein

Nieren-/Harnwegserkrankungen (z.B. Nieren-/Blasensteine, Nierenentzündung, Dialyse, häufige Blaseninfektionen)

ja, und zwar folgende:

nein

Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Refluxerkrankung, chronische Darmerkrankungen, Sodbrennen, Magengeschwüre, Gastritis)

ja, und zwar folgende:

nein

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie)

ja, und zwar folgende:

nein

Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Unter-/Überfunktion, Knotenstruma)

ja, und zwar folgende:

nein

Augenerkrankungen (z.B. grüner/grauer Star, Makuladegeneration)

ja, und zwar folgende:

nein

Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Lähmung, Parkinson, MS)

ja, und zwar folgende:

nein

Gemütsleiden (z.B. Depression, Angsterkrankung, Suchterkrankung)

ja, und zwar folgende:

nein



Orthopädische Erkrankungen (z.B. Wirbelsäulenerkrankung, Arthrose, Bandscheibenschaden, Gelenkerkrankungen, rheumatische Erkrankungen)

ja, und zwar folgende:

nein

Sonstige Erkrankungen (z.B. Eisenmangel, Vitamin D Mangel)

ja, und zwar folgende:

nein

Familienanamnese (Sind in Ihrer Familie (Eltern/Großeltern/Geschwister) Erkrankungen gehäuft aufgetreten (z.B. Krebserkrankungen, Herzinfarkt/Schlafanfall unter 60)

ja, und zwar folgende:

nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikament ein? (Alternativ können Sie ihren Medikationsplan vorlegen)

nein

ja, und zwar folgende:

Medikament

Dosierung

Medikament	Dosierung

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten?

nein

ja, und zwar folgende:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Heuschnupfen, Pflasterallergie, Staub, Tierhaare)

ja, und zwar folgende:

nein



Wurden Sie schon einmal operiert?

nein

ja, und zwar folgende:

Operation

Datum

Operation	Datum

Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung (Check-Up)?

Wann war Ihre letzte Darmspiegelung?

Wann war Ihre letzte Impfung?

Wann war das letzte Hautkrebsscreening?

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? ja nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? (Welche Sportart und wie oft)

ja, und zwar:

nein

Rauchen Sie? (Was rauchen Sie und wie viel am Tag)

ja, und zwar:

nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (Was und wie viel)

ja, und zwar:

nein

Nehmen Sie sonstige Drogen? (Was genau und wie oft)

ja, und zwar:

nein



Liegen sonstige Besonderheiten vor? (z.B. schwere Unfälle, Verletzungen, besondere häusliche Situation, Arbeitsplatz)

ja, und zwar:

nein

Für Frauen in gebärfähigem Alter: **Könnte eine Schwangerschaft vorliegen?**

ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie einen Pflegegrad? ja nein

Pflegegrad:

Haben Sie einen Behindertengrad? ja nein

GdB:

Möchten Sie von uns in Zukunft über aktuelle Themen und fällige Gesundheitsuntersuchungen informiert werden

ja nein

Beim ersten Kontakt bringen Sie bitte, falls vorhanden, Facharztbefunde und Ihren Impfausweis mit.

Wenn es um den Schutz und den Erhalt Ihrer Gesundheit geht sind Sie unser wichtigster Partner. Sprechen Sie uns daher bei Fragen und Problemen bitte offen an.

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mühe!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum, Unterschrift