

**Sehr geehrte Patientin / Sehr geehrter Patient ;**

**Herzlich Willkommen**, wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Mit diesem Fragebogen wollen wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig, wir informieren über abweichende Angaben auf Ihrer Versichertenkarte. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen.

Name / Vorname		
Geburtsdatum		
Straße / Hausnummer		
PLZ / Wohnort		
Telefon	Privat:	Geschäft :
Beruflich ausgeübte Tätigkeit		

**1.Ihre Patientenakte**

Um bei erstmaligem Besuch bei mir oder im Krankheitsfall oder Urlaub meiner Praxisvertretung bzw. mir Einblick in Ihre bestehende Patientenakte nehmen zu können, benötige ich aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihre schriftliche Einwilligung.

Der Einsichtnahme stimme ich zu  NEIN  JA

**2.Mitbehandelnde Ärzte**

- Ich wünsche einen schriftlichen Bericht an meinen Arzt:  
 Kein Bericht erwünscht

Praxis Dr. \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Beantwortung der Fragen 1-2

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift**

➤ **BITTE WENDEN**

Erstelldatum: 23.08.2013	Freigegeben von: H.Trumann	Version: 1.4. vom: 26.03.2014
Erstellt von: A. Trumann		Seite 1 von 2

Die nachfolgenden Fragen dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch.

- |                                                                                                                        |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nasen-Nebenhöhlenentzündungen                                                                 | <input type="checkbox"/> Krampfadern, Thrombose, offene Beine |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen                                                                      | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen               |
| <input type="checkbox"/> Asthma                                                                                        | <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfanfälle)            |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen                                                                                  | <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung (Diabetes)          |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                                                                               | <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall, Lähmungen                                                                       |                                                               |
| <input type="checkbox"/> regelmäßiger Alkoholgenuss                                                                    |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)                                                     |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen– z.B. Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen, alter Herzinfarkt                 |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Nervöse Beschwerden, nervliche Überlastung, Depressionen oder Nervenzusammenbruch             |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen: Welche?                                                                    |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten                                                                            |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalte / Kuren der letzten 3 Jahre                                            |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Chronische Infektionskrankheiten? Hepatitis, Tuberkulose, Aids etc.                           |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Akute Infektionserkrankungen, Fieber, Erkältung, Erbrechen, Durchfall, entzündete Wunden etc. |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?                                               |                                                               |
| <input type="checkbox"/> Grüner Star, Glaukom                                                                          |                                                               |