

Fragebogen zur Patientenneuaufnahme

Liebe Patienten,

für die Erfassung Ihres Krankheitsbildes ist es notwendig alle vorliegenden schriftlichen und bildgebenden Befunde zu beurteilen.

Legen Sie also bitte alle ärztlichen Vorberichte unseren Mitarbeitern bei Abgabe dieses Bogens vor.

→ Krankenhausberichte

→ Arztbriefe

→ Radiologiebefunde (MRT, CT)

→ aktuellen Medikamentenplan!

Ohne Kenntnis der Vorbefunde ist eine Behandlung oft nicht möglich oder sinnvoll!

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Bitte zutreffende Antwort ankreuzen!

	Ja	Nein	Mengenangabe pro Tag / pro Woche
Nikotin (Zigaretten)			
Alkohol (Bier, Wein, etc.)			
	----	----	In der Familie
Bluthochdruck			
Erhöhtes Cholesterin			
Tumorerkrankungen			
Diabetes mellitus			
Schlaganfall			
p AVK (Gefäßverkalkungen)			
Epilepsie			
Asthma			
Gerinnungsstörung			
Infektionskrankheiten (z.B. HIV)			
Herzerkrankungen, wenn ja welche? (z.B: KHK, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz,...)			
Psych. Erkrankung? (z.B. Depression)			
Allergien (auch auf Medikamente):			
Operative Eingriffe der letzten Jahre? (In den letzten 5 Jahren)			

Bitte wenden →

Bitte beschreiben Sie uns möglichst genau Ihre aktuellen Beschwerden! Welche Beschwerden führten also zur heutigen Vorstellung in unserer Praxis (bitte unbedingt ausfüllen!) :

Nennen Sie uns bitte Ihre aktuellen Medikamente (ggf. Medikamentenplan vorlegen):

Mein Hausarzt ist (bitte vollständige Adresse angeben):

Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger / Hausärzte auch per e-Mail übermittelt und durch uns (ja / nein) eingeholt werden.

Diese Einverständniserklärung kann durch mich jederzeit widerrufen werden.

Vollmacht für:

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die **folgenden** Angehörigen / Bekannten weitergegeben werden, nachdem deren Identität (auch am Telefon) festgestellt wurde:

Name: _____ (NICHT Ihr eigener Name)

Name: _____ (NICHT Ihr eigener Name)

Frankfurt, den
(Datum)

.....
(Unterschrift Patient)