

## Patienten-Fragebogen

(AUFNAHME UND SCHWEIGEPFLICHT)

Name, Vorname		Geb.-Datum	
PLZ, Ort		Straße, Nr.	
Telefonnummer		Telefonnummer	
E-Mail			
Beruf	arbeitslos	krank geschrieben	berentet
Krankenkasse	privat versichert	Kosten-Erstattung	gesetzlich
<p><b>Schweigepflicht/Datenschutz:</b> Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren <u>Hausarzt / überweisenden Arzt</u> zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie <u>mit der Übersendung von Berichten einverstanden</u> sind. <b>Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.</b></p>			
Überweisender Arzt – ist der Hausarzt:    Ja            Nein			Mit Bericht einverstanden
Name	Fachgebiet	Ort	Ja    Nein
Hausarzt (falls abweichend)			
Name	Fachgebiet	Ort	Ja    Nein
Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.			Ja    Nein

Ich nehme automatisch bis auf Widerruf am Recallsystem der Praxis teil.

Ort, Datum

Unterschrift

**BITTE BEANTWORTEN SIE AUCH DIE FRAGEN AUF DER NÄCHSTEN SEITE**

Viele Beschwerden oder Symptome können durch Medikamente ausgelöst oder verstärkt werden oder stehen im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen. Wir bitten Sie daher, diese hier kurz aufzuführen:

Aktuell regelmäßig eingenommene Medikamente	Menge/Dosierung pro Tag

Mit welchen Beschwerden kommen Sie?

Welche Operationen/Unfälle haben Sie hinter sich?

Rauchen Sie?		Körpergröße (cm)	Gewicht (kg)	
Übergruppe	Erkrankungen	Ja	Nein	
1. Herz	Koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)			
2. Kreislauf	Erhöhter Blutdruck			
3. Blut	Blutarmut (Anämie) / Blutungsneigung / Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?			
4. Lunge	Asthma Bronchiale / chronische Bronchitis Tuberkulose			
5. Stoffwechsel	Zuckerkrankheit (Diabetes) / Schilddrüsenerkrankung / Leberkrankheiten (Hepatitis / Gelbsucht) / Nierenerkrankungen / Erhöhte Blutfettwerte			
6. Nervensystem	Anfallsleiden / Depressionen / Schlafstörungen / Schlaganfall			

Bestehen sonstige Erkrankungen?

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Sind Sie Schwanger? Wenn ja, in welchem Monat?

