

Patienten-Fragebogen

(AUFNAHME UND SCHWEIGEPFLICHT)

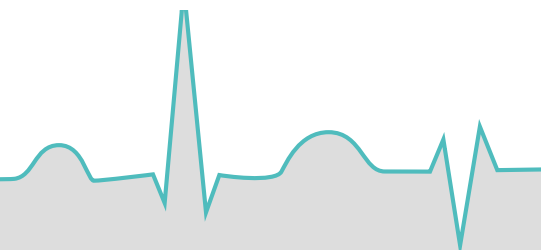
Name, Vorname		Geb.-Datum	
PLZ, Ort		Straße, Nr.	
Telefonnummer		Telefonnummer	
E-Mail			
Beruf	arbeitslos	krank geschrieben	berentet
Krankenkasse	privat versichert	Kosten-Erstattung	gesetzlich
<p>Schweigepflicht/Datenschutz: Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem 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. Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.</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?

