

PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

es freut uns, Sie als neuen Patienten in unserer Allgemeinarztpraxis begrüßen zu dürfen. Sie sollen sich bei uns gut versorgt fühlen, deshalb wäre es nett, wenn Sie sich einen Moment Zeit nehmen und uns diesen Aufnahmebogen ausfüllen. Bitte bringen Sie doch bei Ihrem ersten Besuch Ihren Impfpass, Vorbefunde von Fachärzten sowie sonstige wichtige oder hilfreiche Unterlagen mit. Vielen Dank!

Persönliche Angaben:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ Mobilnummer: _____
E-Mailadresse: _____
Familienstand: _____ Kinder: _____
Beruf/Tätigkeit: _____ Arbeitgeber: _____
GdB (Grad der Behinderung %) _____ Merkmal: _____
Angehörige die im Notfall verständigt werden sollen:
Name / Telefonnummer: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein Wenn ja, wer hat die Vollmacht?
Name / Telefonnummer: _____

Anamnese:

Größe: _____ [cm] Gewicht: _____ [kg]
Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____ [Stk.]
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Selten Nie
Wenn ja, wieviel Alkohol trinken Sie täglich? (z.B. 1 Glas Wein, 1 Flasche Bier, etc.)

Bekannte Erkrankungen:

Operationen

Wurden Sie schon mal operiert? Ja Nein
Wenn ja, weshalb und wann wurden Sie operiert?

Gab es Komplikationen nach der Narkose (Übelkeit, Erbrechen, Kreislaufprobleme, etc.)?

Allergien

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche Allergien haben Sie (z.B. auf Medikamente, Nahrungsmittel, Tiere, etc.)?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente (Bezeichnung/Stärke) nehmen Sie wie oft (Zeitangabe) und in welcher Dosis (Mengenangabe) ein?

(auch Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel-, Abführ- und Nahrungsergänzungsmittel, etc.)

Risikoprofil:

Gibt es **chronische Erkrankungen** in Ihrer Familie? (z.B. Zucker, Bluthochdruck, etc.)?

Nein, es sind keine chronischen Erkrankungen bekannt.

wenn ja, welche und bei wem?

Gibt es **Krebserkrankungen** in Ihrer Familie?

Nein, es sind keine Krebserkrankungen bekannt.

wenn ja, welche und bei wem?

Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Blutwerte bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Ja Nein

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden/Bekanntem Internet

Telefonbuch Zeitung

Sonstige: _____

Zu guter Letzt:

Wir sind stets bemüht, Ihnen den bestmöglichen Service und die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Daher bitten wir Sie, rechtzeitig mit uns Termine zu vereinbaren. Selbstverständlich können Sie im Notfall auch ohne Termin direkt die Sprechstunde aufsuchen. Sie sind unser wichtigster Partner, wenn es darum geht, Ihre Gesundheit zu schützen und zu erhalten. Deswegen sprechen Sie uns bei allen Fragen und Problemen immer an.

Danke, dass Sie sich Zeit genommen haben, diesen Bogen auszufüllen!

Ihr Praxisteam