



GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dres. Peter · Hönig · Angermann · Röthlingshöfer

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,

ein herzliches Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Wohnort: _____

Telefonnummer zu Hause: _____ geschäftlich: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Mitglied ; Familienmitglied ; Rentner:

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name: _____ Tel.-Nr. _____

Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen:

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Datum, Unterschrift: _____

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: _____ Kinder: _____

Arbeitgeber: _____ Familienstand: _____

Patientenservice:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine (z.B. Impfungen oder Vorsorgetermine). Je nach dem melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

Ja, bitte erinnern Sie mich

Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

Datum/ Unterschrift: _____

Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

Operationen
Welche?

Wann?

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente?

Sonstige Erkrankungen:

Wann war Ihr letzter Check-up? _____

Wann war Ihre letzte Impfung? _____

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN!

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z. B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.

Medikament: Name, Wirkstoffmenge (mg)	Einnahmezeit Morgens	Einnahmezeit Mittags	Einnahmezeit Abends	Einnahmezeit Zur Nacht

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Risikoprofil:

Gibt es **chronische Erkrankungen** in Ihrer Familie

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? _____

