

Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

bitte bringen Sie zum ersten Termin in unserer Praxis die Unterlagen Ihrer bisherigen Hausarztpraxis sowie alle Ihnen vorliegenden Arztberichte mit.

Für unsere Kartei bitten wir um die Beantwortung folgender Fragen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ . _____ . _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer privat: _____

Telefon geschäftlich/mobil: _____

Beruf: _____

Familienstand

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

Kinder: (bitte geben Sie die Anzahl und das Alter an)

Größe: _____ Gewicht: _____

GdB: _____ Merkzeichen: _____ Pflegegrad: _____

Haben Sie eine Patientenverfügung oder –vollmacht? Ja Nein

Alkoholkonsum:

- überhaupt keinen
- selten
- regelmäßig
- täglich

wenn ja, Menge und Art: _____

Rauchen:

- nie geraucht
- früher geraucht
- rauche immer noch

wenn ja, Menge und Art: _____

andere Mittel (Anabolika/Drogen/Sonstiges)

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?

- Nein
- Ja, _____

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Nein
- Ja, regelmäßig _____

- Ja, bei Bedarf _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Pflaster, Pollen, Nahrungsmittel)?

Liegen schwerwiegende Erkrankungen in der Familie (Eltern/Geschwister) vor?

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?

Nein
 Ja, Datum: _____

Wurde bei Ihnen bereits ein Hautkrebsscreening durchgeführt?

Nein
 Ja, Datum: _____

Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren:
Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?

Nein
 Ja, Datum: _____

Wurden Sie in den letzten 5 Jahren geimpft?

Nein
 Ja, folgende Impfungen: _____

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Dr. med. _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

Erinnerung/Recall wichtiger Gesundheitstermine

Viele Patienten vergessen auf Grund zahlreicher geschäftlicher und privater Termine, rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Daher haben wir ein Recall-System eingeführt. Sie erhalten von uns eine schriftliche Erinnerung und entscheiden dann selbst, ob Sie einen Termin vereinbaren möchten.

Ich möchte unverbindlich an Termine erinnert werden.

- Ja
 Nein

Die Erinnerung soll folgende Termine umfassen:

- Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr
 Krebsvorsorge (nur Männer ab 45. Lebensjahr)
 Impfungen

Frau/Herr _____
(Vorname) (Nachname) (Geburtsdatum)

Würselen, den _____
(Datum) (Unterschrift der/des Patienten/Patientin
bzw. gesetzl. Vertreters)

**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich, _____ (Vorname) _____ (Nachname)
_____ (Wohnort) _____ (Geb.datum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Würselen, den _____ (Datum) _____ (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters)