



Patientenbogen Neuaufnahme

| | | | |
|---------------------|--|-----------------------------------|--------------------------|
| Name | | Titel/Namenszusatz | |
| Vorname | | Beruf | |
| Geschlecht | | Geburtsdatum | Körpergewicht/Größe / |
| Straße | | PLZ/Ort | |
| Telefon | | Telefon geschäftlich | |
| E-Mail | | Nächste/r Angehörige/r (mit Tel.) | |
| Bisheriger Hausarzt | | Orthopäde | |
| Augenarzt | | Urologe | |
| Gynäkologe | | Sonstige | |

Versicherung

Gesetzlich Privat Beihilfegerecht

Krankenkasse (Name)

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen.

| | | | | | |
|-----------------------|----|------|-------------------------|----|------|
| Bluthochdruck | Ja | Nein | Fettstoffwechselstörung | Ja | Nein |
| Blutzuckerkrankheit | Ja | Nein | Gicht | Ja | Nein |
| Magenerkrankung | Ja | Nein | Gelenk-Rheuma | Ja | Nein |
| Tumorerkrankung | Ja | Nein | Tuberkulose | Ja | Nein |
| Nierenerkrankung | Ja | Nein | HIV | Ja | Nein |
| Lebererkrankung | Ja | Nein | Asthma | Ja | Nein |
| Hautkrankheit | Ja | Nein | Herzkrankheit | Ja | Nein |
| Psychische Erkrankung | Ja | Nein | Anfallsleiden | Ja | Nein |

Liegen andere Vorerkrankungen bei Ihnen vor? Wenn ja, welche?

Liegen andere Vorerkrankungen bei Ihnen vor? Wenn ja, welche?



Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?

| | | | | | |
|------------------|----|------|---------------------|----|------|
| Bluthochdruck | Ja | Nein | Blutzuckerkrankheit | Ja | Nein |
| Fettstoffwechsel | Ja | Nein | Herzinfarkt | Ja | Nein |
| Schlaganfall | Ja | Nein | Krebs | Ja | Nein |

Wenn ja, welcher?

Allgemeine Anamnese

| | | | |
|----------------------|--------|--------------------------|---|
| Stuhlgang | Normal | Durchfall | Verstopfung |
| Wasserlassen | Normal | Nachts öfter als 1-2 mal | |
| Gewichtsveränderung | Keine | Zunahme | Abnahme |
| | | Kg in | Monaten |
| | | Kg in | Monaten |
| Rauchen Sie? | Ja | Nein | Wie viele Zigaretten am Tag? Seit wie vielen Jahren? |
| Trinken Sie Alkohol? | Ja | Nein | Was, wie oft und wie viel? |
| Sind sie schwanger? | Ja | Nein | Vielleicht |

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welches Präparat und die Dosis. Früh Früh Früh Früh

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Sie gewissenhaft zu betreuen.

Bei minderjährigen Patienten: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vormund

Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vormund