

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Partner/in: _____

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

die folgenden Fragen dienen der Klärung ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes, sie erleichtern unser folgendes Gespräch.

Bitte beantworten Sie die Fragen gewissenhaft und möglichst vollständig durch Ankreuzen der zutreffenden Kästchen „X“

Sind Sie sich nicht sicher, machen Sie ein Fragezeichen „?“
Selbstverständlich unterliegen Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe

KONTAKT

Soll im Notfall bzw. in dringenden Angelegenheiten eine vertraute Person benachrichtigt werden?

Diese Person wäre mit der Benachrichtigung einverstanden und informiert?

Wenn ja, dann notieren Sie hier den Namen, Vornamen & Geburts-Datum & Telefon:

ABGABE AN DRITTE

Darf eine Person Formulare über notwendige Versorgungen* / Rezepte* / Befunde* in Ihrem Auftrag von uns entgegennehmen?

(*ggf. nicht Zutreffendes streichen)? Wenn ja, dann notieren Sie hier bitte: Name, Vorname, Geburts-Datum & Telefon

ERINNERUNG

Erinnerungen für Vorsorgeleistungen oder Impfungen durch unsere Praxis: wünsche ich wünsche ich nicht

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Schwere Kinderkrankheiten

Schwere Infektionskrankheiten

Lungenerkrankungen

- Lungen- Rippenfellentzündung
 Bronchitis
 Asthma
 Sonstige

Herz- u. Gefäßerkrankungen

- Hoher Blutdruck
 Niedriger Blutdruck
 Herzfehler
 Herzschmerzen
 Herzstolpern
 Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Durchblutungsstörung der Beine
 Krampfadern
 Thrombose
 Herzkatheter erfolgt
 Sonstige

Baucherkrankungen

- Gallensteine
 Gelbsucht
 Lebererkrankungen
 Magenbeschwerden
 Magen- Zwölffingerdarmgeschwür
 Verstopfung
 Durchfälle
 Darmspiegelung erfolgt
 Sonstige

Hals- Nasen- Ohren Augen- Krankheiten

- Grüner, grauer Star
 Sehstörungen
 Sonstige Augenerkrankungen
- _____

- Nasen- Nebenhöhlenentzündungen
 Heuschnupfen
 Nasenbluten
 Sonstige Nasenerkrankungen

- Mandelentzündung
 Zahnerkrankungen
 Sonstige Halserkrankungen

- Mittelohrentzündung
 Schwerhörigkeit
 Sonstige Ohrenkrankheiten

Knochen- u. Gelenkerkrankungen

- Rheuma
wo _____
- Bandscheibenschäden
- Gelenkbeschwerden
wo _____
- Sonstige

Stoffwechselerkrankungen

- Zuckerkrankheit
- Gicht
- erhöhte Blutfette
- Schilddrüsenerkrankungen
- Rheumatisches Fieber
- Sonstige

Nieren- und Geschlechtskrankheiten

- Blasen- Nierenentzündung
- Blasen- Nierensteine
- Blutiger Urin
- Prostataleiden

- Sonstige

Sonstige Erkrankungen

- Allergien
wogegen _____
- _____
- Hautkrankheiten
- Blutkrankheiten, z.B. Blutarmut
- Krebs
- Krampfanfälle
- Seelisch-psychische Erkrankung
- Hautkrebsscreening erfolgt
- andere

Sonstige Fragen

- Raucher (wieviel, was?)

- Nichtraucher
- Alkohol (wieviel, was?)

- kein Alkohol

Regelmäßige Einnahme von

- Abführmitteln
- Schlafmitteln
- andere Medikamente

Sind in ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- Hoher Blutdruck
- Herzinfarkt
- Übergewicht
- Zuckerkrankheit
- Gicht
- Gallen-/ Nierensteine
- Tuberkulose
- Krebs
- Asthma
- Nerven- Gemütskrankheiten

Nur für Patientinnen:

- Geburten (Anzahl?):

- Regel (Abstand, Dauer):

- Wechseljahre (Beginn?):

- Pille (welche?):

BISHERIGE KRANKENHAUSAUFENTHALTE

Wann

Wo

Warum

UNSERE REGELNUNGEN FÜR DIE PRAXIS HABE ICH ZUR KENNTNIS GENOMMEN (siehe Aushang und siehe unter www.hausarztpraxis-am-bueltmannshof.de).

Datum:**Unterschrift:**

Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Uwe Adam

Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Frank Diener

Facharzt für Allgemeinmedizin

Fr. Anne Baumhöfener

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Kurt-Schumacher-Straße 17

33615 Bielefeld

Tel.: 0521-3295300 Fax.: 052132953030

Einverständniserklärung
Zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten
gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich, _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

!! Bitte leserlich schreiben!!

erkläre mich einverstanden, dass

-mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringer zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

-mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich Behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. des gesetzlichen Vertreters)