

Aufnahmebogen für neue Patienten

Sehr geehrte(r) Patient(in),
wir freuen uns, dass Sie in unserer Praxis betreut werden möchten. Um Sie und Ihre Krankenvorgeschichte kennen zu lernen, bitten wir Sie folgende Informationen und Fragen zu beantworten.

Ärztliche Fragen zur Krankenvorgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Sie dienen der Klärung Ihres Krankheits- oder Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten und ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Kästchen an. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

Name:

Vorname:

geb. am:

Telefon/ E-Mail:

Adresse:

Beruf/Tätigkeit:

Bei welchen Ärzten sind Sie außerdem aktuell regelmäßig in Behandlung?

Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten? ja nein Jahr

Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rippenfellentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma, Heuschnupfen, Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall, Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervöse Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epilepsie (Krampfanfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzanfall (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampfader, Thrombose, offenes Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gelbsucht, Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- oder Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Haben Sie folgende Beschwerden?

	ja	nein
Häufiger Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche hinter dem Schulterblatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziehen im linken Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzhaftes Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien/Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		

Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane
 Gicht
 Zuckerkrankheit (Diabetes)
 Fettstoffwechselkrankheiten
 (Cholesterin, Triglyceride)
 Gelenkrheumatismus mit Fieber
 Andere Krankheiten der Gelenke oder
 Wirbelsäule
 Blutarmut, Blutkrankheiten
 Krebs
 Schilddrüsenerkrankungen (Kropf)
 Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star
 Andere Krankheiten (keine Operationen)
 Wenn ja, welche ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wurden folgende diagnostische Maßnahmen durchgeführt?

Röntgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Aufnahmen ?		
EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastungs- EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langzeit - EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall des Bauches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in
 Mittelmeerländern oder in den Tropen ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Wurden Sie schon einmal operiert?

Blinddarm
 Mandeln
 Magen
 Darm
 Gallenblase
 Nieren
 Blase
 Gefäße
 Frauenkrankheiten
 Kropf
 Knochenbrüche
 Herz
 Andere Operationen
 Wenn ja, welche ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sonstige Fragen

Haben Sie guten Appetit? ☐ ☐
 Haben Sie starken Durst? ☐ ☐
 Schlafen Sie schlecht ein? ☐ ☐
 Schlafen Sie schlecht durch? ☐ ☐
 Schwitzen Sie rasch? ☐ ☐
 Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
 (Bier, Wein, Schnaps) ☐ ☐
 Menge : _____
 Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife) ☐ ☐
 Menge : _____
 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?
 (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder
 Kopfschmerzmittel) ☐ ☐
 Wenn ja, welche ?

Menge : _____

Sind in Ihrer Familie oder Verwandtschaft folgende Krankheiten aufgetreten?

	Vater	Mutter	Großeltern	Kind
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Fallsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose (Tbc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallen-, Nieren- oder Blasensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eigennotizen :

Bringen Sie bitte Ihren Medikamentenplan mit!