

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) _____
Lungenentzündung _____
Rippenfellentzündung _____
Asthma, Heuschnupfen, Juckreiz _____
Hoher Blutdruck _____
Schwindel _____
Schlaganfall, Lähmungen _____
Ohrgeräusche _____
Nervöse Beschwerden _____
Epilepsie (Krampfanfälle) _____
Herzanfall (Angina pectoris) _____
Herzinfarkt _____
Herzschwäche _____
Krampfadern, Thrombose, offenes Bein _____
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre _____
Gelbsucht, Leberkrankheiten _____
Gallensteine _____
Nieren- oder Blasenentzündungen _____
Nieren- oder Blasensteinen _____
Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata) _____

Haben Sie folgende
Beschwerden?

Häufiger Schnupfen
Fehlsichtigkeit
Schwerhörigkeit
Schwindel

Juckreiz
Atemnot
Ermüdbarkeit
Herzklopfen
Brennen hinter dem Brustbein
Stiche hinter dem Schulterblatt
Ziehen im linken Arm
Schmerhaftes Schlucken
Schweißausbrüche
Allergien/Unverträglichkeiten
Welche?

Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Wurden folgende diagnostische Maßnahmen durchgeführt?
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Röntgen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselkrankheiten (Cholesterin, Triglyceride)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Welche Aufnahmen ?
Gelenkrheumatismus mit Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Andere Krankheiten der Gelenke oder Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Blutarmut, Blutkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	EKG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Belastungs- EKG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schildrüsenerkrankungen (Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Langzeit - EKG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grüner Star (Glaukom) oder Grauer Star	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ultraschall des Bauches <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten (keine Operationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Wenn ja, welche ?				

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

Wurden Sie schon einmal operiert?

Blinddarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gallenblase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frauenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kropf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wenn ja, welche ?			

Sonstige Fragen

Haben Sie guten Appetit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie starken Durst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie schlecht ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafen Sie schlecht durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen Sie rasch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? (Bier, Wein, Schnaps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menge : _____		
Rauchen Sie? (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menge : _____		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (auch Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 Blasensteinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eigennotizen :

Bringen Sie bitte Ihren Medikamentenplan mit!