



## Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,

**Dr. Franz Rudel**

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit.

Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unserer Praxisteam.

### Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer privat: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr: \_\_\_\_\_

### Schweigepflichtsentbindung für Angehörige / nahestehende Personen:

Um auch einmal Ihren Angehörigen (z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten) ihre Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon Nr.
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

## Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

## Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

---

---

---

Operationen?

Welche?

Wann?

---

---

---

---

Haben Sie Allergien, insbesondere Medikamente?

---

Sonstige Erkrankungen:

---

---

---

Wann war Ihr letzter Check-up 35? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Impfung? \_\_\_\_\_

## BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN!

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch Medikamente, wie z.B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate:

<b>Medikament:</b> Name, Wirkstoffmenge (mg)	<b>Morgens</b>	<b>Mittags</b>	<b>Abends</b>	<b>Zur Nacht</b>

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

### Risikoprofil:

Gibt es **chronische Erkrankungen** in Ihrer Familie?

Nein, es sind keine chronischen Erkrankungen bekannt.

wenn Ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_

Gibt es **Krebserkrankungen** in Ihrer Familie?

Nein, es sind keine Krebserkrankungen bekannt.

wenn Ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_

### Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht

Haben Sie eine Patientenverfügung?  Ja  Nein

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?  Ja  Nein

## Allgemeine Daten:

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_

Raucher?       Ja       Nein

Alkoholkonsum?  Ja       Nein       Gelegentlich       Häufig

Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Blutwerte bekannt?       Ja       Nein

Gehen Sie zur Krebsvorsorge?

Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_  Nein

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Empfehlung von Freunden/Bekanntem | <input type="radio"/> Internet     |
| <input type="radio"/> Telefonbuch                       | <input type="radio"/> Krankenkasse |
| <input type="radio"/> Arztkollegen                      | <input type="radio"/> Zeitung      |
| <input type="radio"/> sonstiges: _____                  |                                    |

## Zu guter Letzt:

Wir sind immer bemüht, Ihnen den bestmöglichen Service und die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Daher bitten wir Sie, mit uns Termine zu vereinbaren. Selbstverständlich können Sie **im Notfall** auch ohne Termin direkt die Sprechstunde aufsuchen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam