

Aufnahmebogen für Ambulanzpatienten

Sehr geehrte Patienten!

Herzlich willkommen in unserer Praxis.

Damit wir Sie individuell, fachgerecht und sicher behandeln können, aber auch für einen zügigen Ablauf Ihrer Behandlung in unserer Praxis, bitten wir Sie um die Beantwortung einiger Fragen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, sind freiwillig und können jederzeit widerrufen werden.

Beachten Sie bitte hierzu den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ im Wartezimmer.

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtstag: _____ Krankenkasse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

email: _____ Telefon am Arbeitsplatz: _____

Angehörige/Telefon: _____

Betreuer/Telefon: _____

Hausarzt: _____

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Sind Sie mit der Befundmitteilung an Ihre Ärzte einverstanden? Ja Nein

Sind Sie mit der Mitteilung notwendiger Daten an Fremdlabore und mitbehandelnde Ärzte einverstanden? Ja Nein

Sind Sie damit einverstanden telefonisch an Ihre Impftermine erinnert zu werden? Ja Nein

Unterschrift: _____

Haben Sie ...

1. eine Befreiung von den Zuzahlungsgebühren? Ja Nein

2. einen Schwerbehindertenausweis? Ja Nein

3. einen Pflegebescheid? Ja Nein

Bitte legen Sie die jeweiligen Ausweise vor!

Eingegeben (Kürzel): 1. _____ 2. _____ 3. inkl. Kopie _____

Bitte beantworten Sie auch die Fragen zu Medikation und Vorerkrankungen auf der nächsten Seite!

Werden Sie mit Marcumar behandelt?

Ja Nein

Ist bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen bekannt?

Diabetes mellitus

Ja Nein

Wenn ja: Insulinpflichtig?

Ja Nein

Bluthochdruck

Ja Nein

Erkrankung des Herzens

Ja Nein

Infarkt?

Ja Nein

Bypass-OP/Herzkatheter?

Ja Nein

Arterielle Verschlusskrankheit der Beine (Schaufensterkrankheit)

Ja Nein

Lungenerkrankung

Ja Nein

Erkrankung des Magen-Darm-Traktes

Ja Nein

Erkrankung der Leber

Ja Nein

Erkrankung der Nieren

Ja Nein

Tumorerkrankung

Ja Nein

Rheumatische Erkrankung

Ja Nein

Stoffwechselerkrankung

Ja Nein

Erkrankung der Schilddrüse

Ja Nein

Erkrankung des Nervensystems

Ja Nein

Allergien

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon mal eine Thrombose oder Lungenembolie?

Ja Nein

Liegt eine chronische Infektionserkrankung vor?

Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten tägl.? _____

Liegt eine andere Erkrankung vor

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Name + Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht