

## AUFNAHMEBOGEN

<b>Name</b> .....	<b>Vorname</b> .....
Geburtsdatum .....	
Telefon .....	Beruf .....
Mobil .....	
Email .....	Familienstand/Kinder .....

**1. Aktuelle Beschwerden:** \_\_\_\_\_

**2. Vorerkrankungen:**

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Arthrose               |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung         | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung  | <input type="checkbox"/> Osteoporose            |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall           | <input type="checkbox"/> Hepatitis        | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> HIV              | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung        |
| <input type="checkbox"/> Thrombose              | <input type="checkbox"/> Reizdarm         | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD           | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle    | <input type="checkbox"/> Glaukom                |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung  |   |
| <input type="checkbox"/> Operationen:           |   | <input type="checkbox"/> sonstige:              |

**Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?**

- |   |  |  |                                    |
|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Thrombose       | <input type="checkbox"/> sonstige: |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD     | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |                                    |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Allergie          | <input type="checkbox"/> Demenz          |                                    |

**3. Allergien (u.a. Medikamente, Kontrastmittel):** \_\_\_\_\_

**4. Rauchen Sie?**

- nein
- ja: wieviele Zigaretten pro Tag?  
Wieviele Jahre?

**Bitte wenden!**

**5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (siehe Medikamentenbogen anbei)**

\_\_\_\_\_

**6. Sonstiges:**

**Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

**Behinderung:** Welche? \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_ % Merkmal: \_\_\_\_\_

→ Bitte Nachweise einreichen

**Frauen:** Besteht aktuell eine Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

- Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

- Verlauf der Schwangerschaft komplikationslos? \_\_\_\_\_

**Einverständnis zur Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden.

**Einverständnis für Erinnerung von Früherkennungsuntersuchungen, DMP Programmen oder Impfungen**

Hiermit willige ich ein, dass mich meine Arztpraxis mittels Telefon, E-Mail oder Post zum Zwecke der Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, DMP Programmen oder Impfungen oder ähnlichem kontaktieren darf.

**Terminabsage**

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, würden wir Sie darum bitten, den Termin rechtzeitig abzusagen. Wir erlauben uns ansonsten Ihnen das Ausfallshonorar in Höhe von 35 Euro in Rechnung zu stellen.

---

Datum

Unterschrift