

Patientenbogen

Neuaufnahme

Praxis Dr. medic . (R) **Marina Kirsch**

Hüngersbergstr. 1 | 66578 Schiffweiler
 Telefon **06821 - 6120** | Fax 06821 - 64075
www.praxis-marina-kirsch.de

Nachname	Titel/Namenszusatz	
Vorname	Geburtsdatum	Körpergewicht/Größe
Geschlecht	Beruf	
Straße	PLZ/Ort	
Telefon	Telefon geschäftlich	
Email	Nächste/r Angehörige/r (mit Tel.)	
Bisheriger Hausarzt	Orthopäde	
Augenarzt	Urologe	
Gynäkologe	Sonstige	

Versicherung Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfegerecht <input type="checkbox"/>	Krankenkasse (Name)
--	---------------------

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gicht | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gelenk-Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | HIV | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Asthma | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Herzkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Liegen andere Vorerkrankungen bei Ihnen vor? Wenn ja, welche?

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe bekannt? Wenn ja, welche?

Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Ja Nein Blutzuckerkrankheit Ja Nein
Fettstoffwechsel Ja Nein Herzinfarkt Ja Nein
Schlaganfall Ja Nein Krebs Ja Nein

Wenn ja, welcher? _____

Allgemeine Anamnese

Stuhlgang Normal Durchfall Verstopfung

Wasserlassen Normal Nachts öfter als 1-2 mal

Gewichtsveränderung Keine Zunahme Abnahme
— Kg in — Monaten — Kg in — Monaten

Rauchen Sie? Ja Nein Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Seit wie vielen Jahren? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein Was, wie oft und wie viel? _____

Sind sie schwanger? Ja Nein Vielleicht

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, nennen Sie uns das Präparat und die Dosis.	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
Präparat				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Sie gewissenhaft zu betreuen.

Bei minderjährigen Patienten: Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

Datum

Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vormund

Datenschutz: Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Datum

Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter