

Sehr geehrte Patient*Innen,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Unser Ziel ist es, Ihnen unsere bestmögliche medizinische Versorgung zu bieten. Darum sind Vorabinformationen über Sie und Ihre medizinische Vorgeschichte von entscheidender Wichtigkeit. Wir möchten Sie daher bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und den Fragebogen bestmöglich auszufüllen, damit keine wichtigen Details verloren gehen.

Des Weiteren bitten wir Sie, uns Ihren **Impfausweis** sowie eventuell vorhandene **Arztberichte** über Ihre Behandlungen vorzulegen.

Ihre Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Bei Fragen zum Ausfüllen sprechen Sie uns an, wir helfen Ihnen gern weiter.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Allgemeine Daten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	
Straße	Ort
Telefon	Mobil
E-Mail-Adresse	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Weitere behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung):	

Soziales/Familie	
Beruf:	
<input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Teilzeit % <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> Rentner
Treiben Sie Sport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sportart: ~ Std./Woche
Größe cm Gewicht kg	<input type="checkbox"/> Alkoholkonsum ~ mal/Woche
<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum Seit wann? Zigaretten/Tag: aufgehört seit:	
<input type="checkbox"/> Anerkannte Schwerbehinderung: %	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung – Betreuer:	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
Sie sind <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	Leben Sie allein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie alleinerziehend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ernährung <input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan	weiteres:
Frauen <input type="checkbox"/> sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> stillen Sie? <input type="checkbox"/> nehmen Sie die Pille?	



Praxis Kirchviertel

Leiden oder litten Ihre Eltern | Geschwister | Großeltern an:

- Bluthochdruck Herzerkrankung Schlaganfall? Krebserkrankung Demenz/Alzheimer
 Thrombose Asthma/COPD Diabetes Sonstiges:

in welchem Jahr hatten Sie Ihre letzte Check-Up Untersuchung:

Ihr letztes Hautkrebsscreening:

Ihre letzte Darmspiegelung:

Nehmen Sie an einem Gesundheitsprogramm Ihrer Krankenkasse (DMP) teil?

- DMP Diabetes DMP Asthma/COPD DMP KHK

Medizinische Vorgeschichte

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

Allergien	<input type="checkbox"/> Hausstaub <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel: <input type="checkbox"/> Medikamente: <input type="checkbox"/> sonstiges:
Stoffwechsel	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/> Insulintherapie Schilddrüse: <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Morbus Hashimoto <input type="checkbox"/> Morbus Basedow <input type="checkbox"/> Cholesterin-/Blutfetterhöhung <input type="checkbox"/> Gicht <input type="checkbox"/> sonstiges:
Lunge	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Silikose <input type="checkbox"/> Sarkoidose <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> Lungen-Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Lungenkrebs <input type="checkbox"/> Emphysem <input type="checkbox"/> sonstiges:
Herz/ Kreislauf	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Herzschwäche <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzkatheter/Stent: Wann? Welche Klinik/Praxis? <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit/Synkopen <input type="checkbox"/> Sind Sie Schrittmacherträger? (Bitte Ausweis vorlegen)
Gefäße	<input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Verengung der Halsarterien <input type="checkbox"/> Verengung der Beinarterien <input type="checkbox"/> Gefäßverkalkungen <input type="checkbox"/> Stent in den Halsarterien <input type="checkbox"/> Stent in den Beinarterien <input type="checkbox"/> Gefäßoperationen (s.u.)
Leber	<input type="checkbox"/> Fettleber <input type="checkbox"/> Zirrhose <input type="checkbox"/> Gallenblasensteine <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüsenentzündung akut/chronisch
Darm	<input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfälle <input type="checkbox"/> Darmbluten <input type="checkbox"/> Darmverschluss <input type="checkbox"/> Darmkrebs <input type="checkbox"/> Darmoperation (s.u.) <input type="checkbox"/> Morbus Crohn <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Polypenentfernung bei Darmspiegelung (wann):
Niere/ Harnblase	<input type="checkbox"/> Nierenschwäche <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Nierensteine <input type="checkbox"/> Chronische Harnblasenentzündung <input type="checkbox"/> Blasen-/Nierenoperation (s.u.)
Augen	<input type="checkbox"/> Grauer Star <input type="checkbox"/> Grüner Star <input type="checkbox"/> Kurz-/Weitsicht <input type="checkbox"/> Brille/Kontaktlinsen
HNO	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Hörgerät



Praxis Kirchviertel

Aktuelle Medikamente (Bitte auch Sprays und gelegentlich eingenommene Medikamente angeben)

Medikament (Name und Dosierung)	Einnahmezeitpunkt		
	Morgens	Mittags	abends
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutverdünner

ASS Marcumar Xarelto Eliquis Lixiana Pradaxa

Insulintherapie

Morphintherapie

4

Allgemeines

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung durch Bekannte/Familie anderen Arzt
 Praxisschild Google andere Internetplattform:

Bochum, den _____

Unterschrift



Praxis Kirchviertel

Praxis Kirchviertel, Brenscheder Str. 50, 44799 Bochum
Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V und nach DSGVO
Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Name

Geburtsdatum

Vorname

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Abrechnungsstellen, Inkassounternehmen übermittelt werden können.
- dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Laboren, Fachkollegen, Pflegediensten, Pflegeheimen und weiteren Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern aber auch übermitteln kann.
- die Praxis mich an Untersuchungen (Vorsorge, Kontrolltermine, Impfungen, vereinbarte Termine etc.) erinnert (telefonisch, postalisch, per Messenger, E-Mail, persönlich, Online-Terminbuchung).
- dass medizinische Informationen (z.B. Allergien, Medikationen, Diagnosen etc.) nach Maßgabe der Krankenkasse und des Gesetzgebers auf meiner elektronischen Gesundheitskarte und in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden.
- dass Personen aus meinem nahen Umfeld (Eltern, Kinder, Partner, Freunde, Nachbarn und Dienstleister) ärztliche Verordnungen und Schriftsachen abholen können.
- dass Daten über die ärztliche Behandlung an folgende Personen weitergegeben werden dürfen:

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift