



Herzlich Willkommen in unserer Praxis

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie näher kennen lernen und bitten Sie deswegen um einige Auskünfte bzgl. Ihrer Krankheitsvorgeschichte. Wir können dadurch Ihre Patientenakte anlegen und aktualisieren.

Impfungen gehören in unserer Praxis zu den wichtigsten Präventivmaßnahmen. Wir möchten Sie daher bitten, Ihren **Impfpass** in der Praxis abzugeben, damit wir die Daten in unsere Praxissoftware übertragen können.

Herzlichen Dank!

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer	
Ort	
Festnetztelefon	
Handynummer	
E-Mail-Adresse	
Familienstand	
Anzahl der Kinder*	
Beruf/ Tätigkeit*	
Pflegegrad*	
Pflegedienst* (welcher/wie oft?)	
Größe (cm)	
Gewicht (kg)	
Allergien/Unverträglichkeiten	<input type="radio"/> nicht bekannt <input type="radio"/> Antibiotika (Name?) _____ <input type="radio"/> Nahrungsmittel _____ <input type="radio"/> Sonstige _____

Kontaktdaten von Angehörigen, die im Notfall verständigt werden sollen

Name	
Telefon	

*optional

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ gelegentlich ☐ häufig ☐ täglich

Wie oft trinken Sie Alkohol?

☐ Nie ☐ 1x/Monat ☐ 2-4x/Monat ☐ 2-3x/Woche ☐ >4x/Woche

Konsumieren Sie Drogen?

☐ Nein ☐ Ja, und zwar _____

Haben Sie eine Patientenverfügung?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie einen Organspendeausweis?

☐ Ja ☐ Nein

Vorerkrankungen: Bitte ergänzen Sie (sofern bekannt) die genaue Diagnose.

Erkrankungen	Sie selbst	Ihre Eltern/Geschwister/Kinder
Diabetes (Typ 1 oder 2?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
erhöhte Blutfettwerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koronare Herzerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überfunktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knoten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gefäßerkrankungen (z.B. PAVK)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-/Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenarterienembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augen-/Ohrerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrische Vorerkrankungen (z.B. Depression, Angststörung etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infektionskrankheiten (z.B. HIV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Erkrankungen, welche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Operationen? Wenn ja – welche und wann?

Sind Sie in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Wenn ja – warum und bei wem?

An welchen Vorsorgeuntersuchungen nehmen Sie teil? Wann zuletzt?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Gesundheitsuntersuchung _____ | <input type="radio"/> Mammographie _____ |
| <input type="radio"/> Gyn. Vorsorgeuntersuchung _____ | <input type="radio"/> Koloskopie (Darmspiegelung) _____ |
| <input type="radio"/> Prostata-Vorsorge _____ | <input type="radio"/> Hautkrebsvorsorge _____ |
| <input type="radio"/> Bauchtaortenscreening _____ | |

Medikamentenplan - Bitte unbedingt ausfüllen oder aktuellen Medikamentenplan beifügen!

Notieren Sie bitte alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel, die Sie aktuell einnehmen – inkl. Bedarfsmedikation (Schmerz-/Allergie-/Schlaftabletten), Sprays, Medikamente zur Empfängnisverhütung (z.B. Pille) – mit der richtigen Dosierung. Bitte die bisher verordnete **Firma** bei **Schilddrüsen- und Epilepsietabletten** angeben!

Medikament (Name, Dosis z.B. mg)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	b. Bedarf

Noch ein allgemeiner Hinweis zum Ablauf in unserer Praxis: Sollten bei Ihnen Befunde erhoben werden (z.B. Blutentnahmen), deren Ergebnisse erst zu einem späteren Zeitpunkt vorliegen, möchten wir Sie bitten, sich telefonisch nach dem Ergebnis zu erkundigen. Herzlichen Dank!

Ihr Praxisteam der Gemeinschaftspraxis Ellerau

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Betreuer/in