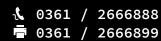


Nordhäuser Str. 3 ▼ 99089 Erfurt



 info@hausarzt-erfurt.de www.hausarzt-erfurt.de

Patientenbogen Neuaufnahme

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

Versicherung

Krankenkasse (Name)

Gesetzlich Privat Beihilfegerecht

Haben Sie eine oder mehrer	e der fo	lgenden Vorerkra	nkungen? Zutreffendes bitte ankreuze	n.	
Bluthochdruck	Ja	Nein	Fettstoffwechselstörung	Ja	Nein
Blutzuckerkrankheit	Ja	Nein	Gicht	Ja	Nein
Magenerkrankung	Ja	Nein	Gelenk-Rheuma	Ja	Nein
Tumorerkrankung	Ja	Nein	Tuberkulose	Ja	Nein
Nierenerkrankung	Ja	Nein	HIV	Ja	Nein
Lebererkrankung	Ja	Nein	Asthma	Ja	Nein
Hautkrankheit	Ja	Nein	Herzkrankheit	Ja	Nein
Psychische Erkrankung	Ja	Nein	Anfallsleiden	Ja	Nein

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



Besteht oder bestanden b	oei nahen V	/erwandten (Eltern,	Geschwister) eine der folgenden	Erkrankung	en?
Bluthochdruck	Ja	Nein	Blutzuckerkrankheit	Ja	Nein
Bluthocharuck	Ja	Nein	Blutzuckerkrankheit	Ja	метп
Fettstoffwechsel	Ja	Nein	Herzinfarkt	Ја	Nein
Schlaganfall	Ja	Nein	Krebs	Ja	Nein
			Wenn ja, welcher?		

A	llgemeine Anamnese							
	Stuhlgang Wasserlassen	Normal Normal	Du	ırchfall	Ven Nachts öfter als	rstopfung s 1-2 mal		
	Gewichtsveränderung	Keine	Zu	ınahme		Abnahme		
				Kg in	Monaten	Kg in	Monaten	
	Rauchen Sie?	Ја	Nein		le Zigaretten am	Tag?		
				Seit wi	e vielen Jahren?			
	Trinken Sie Alkohol?	Ja	Nein	Was, wi	e oft und wie vie	l?		
	Sind sie schwanger?	Ја	Nein	Viell	eicht			

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welches Präparat und die Dosis.	Früh	Früh	Früh	Früh

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