

Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Damit wir Sie Ihren Wünschen entsprechend und sicher beraten und behandeln können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand.
Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patient

Nachname, Vorname _____ geb. am _____

Anschrift _____ E-mail _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon: privat _____ mobil _____ dienstl. _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Im Notfall bitte benachrichtigen Name und Tel: _____

Krankenkasse/Kostenträger _____

privat versichert? zusatzversichert? Anspruch auf Beihilfe?

Wie haben Sie uns gefunden?

Internet auf Empfehlung von _____

andere Quelle _____

Kennen Sie unsere Praxis-Website? ja nein

Sie sind uns wichtig!

Worauf legen Sie besonderen Wert? _____

Was ist der Anlass der jetzigen Behandlung? _____

Haben Sie Krankenhausaufenthalte gehabt?
Wenn ja, dann schreiben Sie diese bitte in der zeitlichen Reihenfolge auf:

<u>Jahr</u>	<u>Krankheit</u>	<u>Krankenhaus</u>

Medikamente: Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

Allergien: Gegen welche Medikamente besteht bei Ihnen der Verdacht einer Überempfindlichkeit? _____
Besitzen Sie einen Allergiepass?

Herzerkrankungen:

Herzschwäche (Insuffizienz)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unregelmäßiger Herzschlag (Arrhythmien)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzasthma, Angina pectoris?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklappenersatz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Herzinfarkt? Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges? _____		

Kreislaufferkrankungen:

Zu hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges? _____		

Vegetative Erkrankungen:

Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Aufputsch-oder Beruhigungsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges? _____		

Stoffwechsel-Erkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darmerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges? _____		

Erkrankungen des Nervensystems:

Epileptiforme Anfälle?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krämpfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges? _____		

Bluterkrankungen:

Blutungsneigung (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges? _____		

Infektionskrankheiten:

Leberentzündung (Hepatitis)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Erkrankungen der Atemwege?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen ein HIV-Test durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		
Sonstiges? _____		

Schwangerschaft: Wenn ja, in welchem Monat? _____

Weitere Angaben:

Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Raucher?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ist ein Impfpass vorhanden? ja nein
(wenn ja, bitte unbedingt mitbringen)

Datum:.....

Unterschrift:.....

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin mit der praxisinternen Offenlegung meiner Patientendaten einverstanden, sofern dies für den Behandlungsablauf notwendig ist.

Ebenso bin ich mit der Weitergabe meiner Daten an Dritte (z. B. Kostenträger und Hausärzte) einverstanden, sofern dies im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen geschieht.

Ich wurde darüber informiert, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis Dr. Jatzkewitz an bevorstehende Termine (z.B. Checkuntersuchungen, Impftermine o.ä.) erinnert.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____