# Patientenaufnahmebogen

Anette Eickert
Ärztin für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin
Chirotherapie,
Palliativmedizin
Qualitätsmanagement

**Sehr geehrte Patienten,**

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

**Persönliche Angaben:**

Name:_____Vorname:_____ Geb. Datum: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon zu Hause: _____ geschäftlich: _____

Mobil:_____ E-Mail _____@_____

Krankenkasse _____ Mitglied: ; Familienmitglied: Rentner:

*Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:*

Name: _____ Telefon: _____

**Schweigepflichtentbindung für Angehörige / nahe stehende Personen:**

Um auch mal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten/ in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diesen Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir hier auch Ihre schriftliche Einwilligung.

| | Name | Verwandtschaftsgrad | Telefon |
|---|---|---|---|
| 1.) | | | |
| 2.) | | | |
| 3.) | | | |

Datum, Unterschrift: _____

**Freiwillige Angaben:**

Beruf/Tätigkeit: _____ Kinder: _____

Arbeitgeber: _____ Familienstand: _____

**Patientenservice:**

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine (z. B. Impfungen), sowie aktuelle Themen. Je nach Thema und Aktualität melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

Ja, bitte erinnern Sie mich  Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

Datum, Unterschrift: _____

**Ihre Vorgeschichte:**

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung - im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtig, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

_____

_____

_____

_____

**Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente?**

_____

_____

**Sonstige Erkrankungen:**

_____

_____

_____

**Bitte unbedingt ausfüllen!**

Bitte schreiben Sie im folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z. B. Pille oder frei verkäufliche Präparate (z. B. Nahrungsergänzungsmittel).

| Mediakment:<br>Namen, Wirkstoff (mg) | Einnahmezeit<br>Morgens | Einnahmezeit<br>Mittags | Einnahmezeit<br>Abends | Einnahmezeit<br>zur Nacht |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit.

**Vielen Dank für Ihre Mühe**

*Ihre Anette Eickert*

Anette Eickert
Ärztin für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin
Chirotherapie,
Palliativmedizin
Qualitätsmanagement