

# HAUSARZTPRAXIS MATHILDENSTRASSE

AUFNAHMEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN (Stand 06/2024)

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich willkommen in unserer Praxis für Allgemeinmedizin. Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen möglichst umfassend. Die Daten sind für Ihre Behandlung hilfreich und wichtig. Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben am Ende des Dokumentes mit Ihrer Unterschrift und unterzeichnen die Datenschutzerklärung.

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer(n): \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

Wen können wir im Notfall verständigen? (Name und Telefonnummer)

\_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?** Ja /Nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gerne können Sie uns auch einen Medikamentenplan beifügen

**Haben Sie Allergien?** Ja /Nein  Wenn ja, welche

**Hatten Sie schon Operationen** Ja /Nein

Wenn ja, welche und wann

# HAUSARZTPRAXIS MATHILDENSTRASSE

AUFNAHMEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN (Stand 06/2024)

## Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung   | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung      | <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Lungenembolie    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> Arthrose          | <input type="checkbox"/> Rheuma           |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Glaukom               | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle     | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> HIV              |
| <input type="checkbox"/> Sonstige          |  |  |   |

**Rauchen Sie?** Ja /Nein  aufgehört  Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

**Treiben Sie Sport?** Ja /Nein  Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

**Sind Sie schwanger?** Ja /Nein  Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?** Ja /Nein

## Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf?

- |  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Allergie       | <input type="checkbox"/> Sonstige     |

## Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) Krebserkrankungen auf?

Ja /Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Besitzen Sie einen Impfausweis?** Ja /Nein  Wenn ja, bringen Sie diesen bitte mit.

**Gibt es weitere Gesundheitsthemen oder ein besonderes Anliegen dass Sie mit uns besprechen möchten?**

Ja /Nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

## Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten zu für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen sowie Erinnerung an Untersuchungen zur Gesundheitsvorsorge durch die Praxis. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_