

Patientenaufnahmebogen
Gemeinschaftspraxis Gauß, Harzheim, Busch & Walther
 Gartenstraße 5 in 57334 Bad Laasphe
 Tel: 02752 50750
 E-Mail: info@gemeinschaftspraxis-Bad-Laasphe.de



Sehr geehrte Patientinnen,

Sehr geehrte Patienten,

willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich hierfür Zeit.

Sollen Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Persönliche Angaben:

Name	Vorname
Geb. Datum:	Straße/Nr.
PLZ/Ort	Tel. zu Hause
Handynummer	E-Mail
Liegt bei Ihnen eine gesetzliche Betreuung vor?	Schwerbehinderung und/oder Pflegegrad vorhanden, wenn Ja welche/r? Pflegegrad: Grad der Schwerbehinderung:
Durch welche allgemeinmedizinische Praxis wurden sie vorher betreut?	Werden Sie von einem Pflegedienst betreut? Nein Ja, und zwar von?
Haben sie eine Patientenverfügung? Ja (bitte bringen Sie diese bei Gelegenheit mit) Nein	

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name	Telefonnummer
Name	Telefonnummer

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit	Anzahl Kinder
Arbeitgeber	Familienstand
Sport: Ja, regelmäßig unregelmäßig Nein	Raucher: Ja. Anzahl der Zigaretten: Nein Gelegentlich

Ihre Vorgeschichte:

Haben Sie bekannte Allergien (insbesondere gegen Medikamente)?

Wichtige Vorerkrankungen, bitte zutreffendes ankreuzen sowie nach Möglichkeit genauer benennen:

Bluthochdruck
Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt
Herzerkrankungen
Schlaganfall
Durchblutungsstörungen der Beine
Zuckerkrankheit/ Diabetes
Fettstoffwechselstörung
Tumorerkrankungen
Lebererkrankungen

Chronische Infektionskrankheiten wie z.B. Hepatitis

Gerrinungsstörungen, Bluterkrankungen

Lungenkrankheiten wie z.B. Asthma

Thrombosen oder Lungenembolien

Augenerkrankungen

Psychische Erkrankungen wie z.B. Depressionen

Krampfleiden/ Neurologische Erkrankungen

Sonstiges:

Operationen? Welche? Wann?

Bitte tragen Sie die Medikamente ein, die Sie einnehmen. Nennen Sie bitte auch die Medikamente wie z.B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate. (Gerne können Sie uns auch einen Medikamentenplan mitbringen)

Medikament: Name, Wirkstoffmenge	Einnahme Morgens	Einnahme Mittag	Einnahme Abends	Einnahme Nachts

Wann war die letzte Gesundheitsvorsorge/ Check-Up 35?
Wann wurde Ihr Impfbuch zuletzt auf Vollständigkeit geprüft?
Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?
Ihre Größe:
Ihr Gewicht:

Risikoprofil:

<p>Gibt es chronische Erkrankungen in Ihrer Familie?</p> <p>Nein, es sind keine bekannt.</p> <p>Ja, welche und bei wem?</p>
<p>Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?</p> <p>Nein, es sind keine bekannt.</p> <p>Ja, welche und bei wem?</p>

<p>Sind Sie Teilnehmer/innen* an dem Programm der Hausarzt zentrierten Versorgung (kurz HZV)?</p> <p>Nein.</p> <p>Ja</p>
<p>Sind Sie Teilnehmer/in* an einem Disease- Management – Programm (kurz DMP) Ihrer Krankenkasse?</p> <p>Nein.</p> <p>Ja, welches? KHK; Diabetes; Asthma; COPD</p>

Ulrich Gauß
Facharzt für Allgemeinmedizin
Diabetologe, Chirotherapie, Akupunktur

Matthias Harzheim D.O.M
Facharzt für Allgemeinmedizin
Diabetologe, Chirotherapie, Osteopathie

Dr. med. Sieglinde Busch
Praktische Ärztin

Dr. med. Anette Walther
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Sebastian Nicklaus
Facharzt für Allgemeinmedizin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Datenschutzerklärung

Bitte lesen Sie die angefügte Datenschutzerklärung sorgfältig durch und beantworten Sie die aufgeführten Fragen sowie kreuzen Sie zutreffendes an.

- Hiermit willige ich ein, dass meine Daten nach der aktuellen Europäischen DSGVO und BDSG (neu) verarbeitet und gespeichert werden gemäß der Ihnen vorgelegten Patientenhinweise. Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise, aber nur mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden. Eine Nachricht an die im Anschluss genannte E-Mail-Adresse ist ausreichend. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.
E-Mail-Adresse für den Widerruf: info@gemeinschaftspraxis-bad-laasphe.de – z.H. L. Schröer-Brosig.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich im Rahmen des Praxisablaufes vom Praxispersonal mit meinem Namen angesprochen werde (z.B. zur Begrüßung oder beim Aufrufen aus dem Wartezimmer).
- Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gewählte Apotheke Rezepte in der Praxis abholt und/oder Sie per Post dorthin versendet werden dürfen (ausgenommen Betäubungsmittel- Rezepte).

Apotheke – Ort

Apotheke - Ort

- Ich bin damit einverstanden, dass mir oder einer von mir beauftragen Person Befunde telefonisch durchgegeben werden.

Name der Person/Personen – Verwandtschaftsgrad

Name der Person/Personen – Verwandtschaftsgrad

- Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegedienst, welcher mich betreut, Befunde erfragen darf, in meinem Auftrag Rezepte oder andere Formulare (z.B Überweisungen) bestellt und/oder abholen darf.

Pflegedienst (nur anzugeben, wenn vorhanden)

Ulrich Gauß
Facharzt für Allgemeinmedizin
Diabetologe, Chirotherapie, Akupunktur

Matthias Harzheim D.O.M
Facharzt für Allgemeinmedizin
Diabetologe, Chirotherapie, Osteopathie

Dr. med. Sieglinde Busch
Praktische Ärztin

Dr. med. Anette Walther
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Sebastian Nicklaus
Facharzt für Allgemeinmedizin



- Ich bin damit einverstanden, dass im Zuge der medizinischen Leistungserbringung andere Praxen oder Krankenhäuser Behandlungsdaten und Befunde von mir, bei der Gemeinschaftspraxis Gauß-Harzheim-Busch-Walther erfragen dürfen.

Ausgenommen sind:

-
- Ich bin damit einverstanden, dass im Zuge der medizinischen Leistungserbringung die Praxis Gauß-Harzheim-Busch-Walther Behandlungsdaten und Befunde von mir bei anderen Leistungserbringern (z.B. Facharzt) bei denen ich behandelt worden bin, einholen darf. Die Betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung zu verwenden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten