

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

## Patientenaufnahmebogen

Liebe Patienten,  
willkommen in der Praxis im Auetal. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere MitarbeiterInnen. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

### Persönliche Angaben:

Name _____	eMail _____
Vorname _____	Krankenkasse _____
Straße/Nr. _____	Mitglied <input type="radio"/> Familienmitglied <input type="radio"/>
PLZ/Ort _____	Rentner <input type="radio"/> Zuzahlungsbefreit <input type="radio"/>
Tel. zu Hause _____	Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen -> Name & Tel. _____
Tel. geschäftlich _____	_____
Tel. mobil _____	_____

### Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen:

Um auch Ihren Angehörigen, z.B. dem Ehepartner oder den Kindern Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon
1 _____		
2 _____		

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

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

### Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Anzahl Kinder \_\_\_\_\_

Sport regelmäßig Ja  Nein

Sportart \_\_\_\_\_

### Patientenservice:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine und wichtige Mitteilungen (z.B. Impfungen oder Vorsorgetermine) vornehmlich per eMail (auch telefonisch oder schriftlich möglich).

Ja, bitte informieren Sie mich

Nein, bitte keine Informationen

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

### Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung.

Bekannte Erkrankungen:

---

---

---

Operationen? Wenn ja, welche und wann?

---

---

---

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche?

---

---

---

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

Sonstige Erkrankungen:

---



---



---

Wann war der letzte Check-up? \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Impfung? \_\_\_\_\_

**Ihre Medikamente (Reichen Sie uns bitte Ihren Medikamentenplan ein):**

Sollten Sie keinen Medikamentenplan besitzen oder Medikamente einnehmen, die dort nicht aufgelistet sind, nennen Sie uns bitte auch diese (z.B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate).

Medikament Name, Wirkstoffmenge (mg)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

**→ Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!**

**Risikoprofil:**

Gibt es chronische Erkrankungen in Ihrer Familie? Wenn ja, bei wem?

---

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie? Wenn ja, bei wem?

---

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

### Allgemeine Daten:

Ihre Größe \_\_\_\_\_ Ihr Gewicht \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein  Häufig  Gelegentlich

Alkoholkonsum Ja  Nein  Häufig  Gelegentlich

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Ja  Wann zuletzt? \_\_\_\_\_ Nein

### Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

#### gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

-> mein Hausarzt/-ärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

-> mein Hausarzt/-ärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Es gelten ferner die Datenschutzbestimmungen gemäß DSGVO. Diese können auf [www.praxis-im-auetal.de](http://www.praxis-im-auetal.de) eingesehen werden. Mit diesen Bestimmungen erkläre ich mich ebenfalls einverstanden.

Harsefeld, den \_\_\_\_\_

Unterschrift PatientIn \_\_\_\_\_