

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Wir freuen uns, Sie als Neupatient in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Damit wir uns zeitnah auf Ihre Bedürfnisse als Patient einstellen können, benötigen wir für eine **optimale Versorgung** einige **Informationen** bezüglich Ihrer **Krankenvorgeschichte**.

Bitte nehmen Sie sich daher die Zeit, die nachfolgenden Fragen vollständig und sorgfältig zu beantworten. Ihre Angaben sind natürlich **freiwillig**.

Bei Fragen steht Ihnen unser MEINE Hausärzte Team mit Rat und Tat zur Seite.

Herzlichen Dank für Ihr Verständnis.

Ihre Personendaten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe (aktuell): _____

Gewicht (aktuell): _____

Geschlecht (m/w/d): _____

Schwerbehinderung: nein ja GdB: _____

Pflegegrad: nein ja PG: _____

Bisheriger Hausarzt: _____

Telefonnummer (Privat): _____

Emailadresse: _____

Sozialangaben:

Beruf (bei Rentnern: letzte Tätigkeit)

Familienstatus

ledig

verheiratet/in Partnerschaft

geschieden/verwitwet

Wohnsituation

Haus mit Garten / Wohnung / Betreutes Wohnen

Kinder: nein
ja / wie viele/ Alter /ggf. Betreuer

Rauchen Sie nein
ja, wie viele Zigaretten am Tag, seit wie vielen Jahren

Alkoholkonsum nein
ja, wie oft pro Woche und was

Treiben Sie Sport nein
ja, welche Sportart und wie oft in der Woche/wie lange

Ihre Krankengeschichte:

Allergien (Nahrungsmittel, Medikamente, Spurenelemente, Hühnereiweiße, etc)

<u>Vorerkrankungen</u>	<u>Was, seit wann</u>	<u>Behandelnder Facharzt</u>
Herzerkrankungen		
Gefäßerkrankungen		
Schlaganfälle		
Bluthochdruck		
Diabetes mellitus (Zucker)		
Gicht		
Erhöhte Blutfette		
Asthma Bronchiale		
COPD		
Rheumaerkrankung/ Autoimmunerkrankung		

Magen-Darmerkrankung		
Unterleibserkrankung		
	<u>Was, seit wann</u>	<u>Behandelnder Facharzt</u>
Schilddrüsenerkrankung		
Krebs-/Tumorerkrankung		
Hauterkrankung		
Hals-Nasen-Ohren		
Augenerkrankung		
Gelenke und Knochen		
Sonstiges		

<u>Operationen & Eingriffe</u>	<u>Welche</u>	<u>Jahr</u>

<u>REHA-Aufenthalte / KUR</u>	<u>Welche (Fachrichtung)</u>	<u>Jahr</u>

Bevollmächtigung

Folgenden Personen ist es gestattet in Vertretung an meiner statt, unter Vorlage ihres Identitätsnachweises, Dokumente zu meiner medizinischen Versorgung (u.a. Rezepte, Einweisungen, Überweisungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Taxischeine oder Kopien meiner Unterlagen (Befundberichte Diagnostik und Labor))

abzuholen

zu bestellen/anzufordern

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name:

Geb.-Datum:

Adresse:

Mir ist bekannt, dass diese Vollmacht keine vollständige ärztliche Schweigepflichtentbindung meines Hausarztes gegenüber genannten Personen darstellt und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand oder andere, der Schweigepflicht unterliegende, Informationen in dieser Bevollmächtigung NICHT inbegriffen sind.

Ort, Datum

Unterschrift