

Aufnahmebogen für Neupatientinnen und Neupatienten

Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen möglichst vollständig aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Persönliche Angaben

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenkasse: _____

☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ Selbstzahler

Hausarztprogramm / HzV:

☐ nein ☐ ja, bei: _____

Teilnahme am proGesund-Programm der KNAPPSCHAFT:

☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt

Kontaktperson für Notfälle

Name: _____

Telefon: _____

Verhältnis zur Patientin / zum Patienten: _____

Aktuelle Beschwerden

Grund Ihrer Vorstellung:

Vorerkrankungen

- ☐ Bluthochdruck
 - ☐ Diabetes mellitus
 - ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung
 - ☐ Asthma / COPD
 - ☐ Schilddrüsenerkrankung
 - ☐ Nieren- oder Lebererkrankung
 - ☐ Tumorerkrankung
 - ☐ Psychische oder neurologische Erkrankung
 - ☐ Sonstige Erkrankungen:
-

Operationen und Krankenhausaufenthalte

Medikamente

Bitte tragen Sie Ihre regelmäßig eingenommenen Medikamente ein oder bringen Sie einen aktuellen Medikamentenplan mit.

Allergien und Unverträglichkeiten

- ☐ keine bekannt
- ☐ Medikamente: _____
- ☐ Sonstige: _____

Weitere Angaben

Rauchen:

- ☐ nein ☐ früher ☐ ja, etwa _____ Zigaretten täglich

Alkohol:

- ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Körpergröße: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Pflegegrad:

☐ keiner ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Schwerbehindertenausweis:

☐ nein ☐ ja, GdB: _____

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden:

☐ nein ☐ ja

Vorbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

Hausarzt / bisherige Hausarztpraxis:

Wichtige Facharztpraxen:

Einwilligungen

☐ Ich bin damit einverstanden, dass medizinisch notwendige Befunde bei vorbehandelnden Ärztinnen, Ärzten oder Einrichtungen angefordert werden dürfen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten für organisatorische Mitteilungen, beispielsweise Terminänderungen, verwendet werden dürfen.

Die Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen erfolgt sind.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____