



Herzlich Willkommen in der KLÜTPRAXIS



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen.

| | | |
|--|--|--|
| Name, Vorname | | |
| Geburtsdatum | | Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |
| Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse, Name der Kasse: <input type="checkbox"/> Private Krankenkasse, Name der Kasse: | |
| Versichert als | <input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Rentner (viele Versichertenkarten sind nicht auf dem neuesten Stand) | |
| Straße / Hausnummer | | |
| PLZ / Wohnort | | |
| Kontaktdaten, bei Kindern Angaben der Vorsorgebevollmächtigten. | Privat | |
| | Geschäftlich | |
| | Mobil | |
| | e-Mail | |
| Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollten. | Name | |
| | Telefon | |
| Mitbehandelnde Ärzte (Angabe inkl. Fachrichtung). | | Fachrichtung: |
| | | Fachrichtung: |
| | | Fachrichtung: |
| Beruf | | |
| Familienstand | | |
| Kinder | | |

Medikamentenplan (siehe Seite 4)

Angaben über Ihre Medikamenteneinnahme sind uns äußerst wichtig. **Wir bitten Sie daher die letzte Seite dieses Fragebogens gewissenhaft auszufüllen. Nehmen Sie den Plan ggf. mit nach Hause. Übertragen Sie dann JEDES Medikament mit der entsprechenden Mengenangabe und Einnahmezeit. Geben Sie bitte den VOLLSTÄNDIG ausgefüllten Medikamentenplan in den nächsten Tagen in der Praxis ab.**



Ihre Vorgeschichte



Wann waren ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesundheits-Check: | <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge/Mann: |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsscreening: | <input type="checkbox"/> Krebsvorsorge/Frau: |
| <input type="checkbox"/> Kindervorsorge: | <input type="checkbox"/> Darmspiegelung: |

Angaben zu Ihrer Person

| | |
|----------------------|---|
| Größe in cm | |
| Gewicht in kg | |
| Allergien? | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: |
| Sind Sie Raucher/in? | <input type="checkbox"/> Ja, Menge pro Tag: |

Vorerkrankungen

| Krankheit | | Krankheit | |
|--------------------------------------|--|---|-----------------------------|
| Diabetes mellitus Typ I | <input type="checkbox"/> Ja | Nierenschwäche | <input type="checkbox"/> Ja |
| Diabetes mellitus Typ II | <input type="checkbox"/> Ja | Rheuma/Gelenkerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja |
| Gicht (erhöhte Harnsäure) | <input type="checkbox"/> Ja | Wirbelsäulen-/Rückenleiden | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schilddrüsen <u>über</u> funktion | <input type="checkbox"/> Ja | Venenleiden (z.B. Krampfadern) | <input type="checkbox"/> Ja |
| Schilddrüsen <u>unter</u> funktion | <input type="checkbox"/> Ja | Thrombose, wann: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Blutfettwerterhöhung | <input type="checkbox"/> Ja | pAVK (arterielle Durchblutungsstörung) | <input type="checkbox"/> Ja |
| Herzerkrankungen (z.B. Herzschwäche) | <input type="checkbox"/> Ja | Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Ja | Nervenleiden (z.B. Parkinson) | <input type="checkbox"/> Ja |
| Herzinfarkt, wann | <input type="checkbox"/> Ja | Anfallsleiden (z.B. Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Ja |
| Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Ja | Gemütsleiden (z.B. Depression) | <input type="checkbox"/> Ja |
| > Blutverdünnung, welche: | <input type="checkbox"/> Ja | Kopfschmerzen/Migräne | <input type="checkbox"/> Ja |
| Hirnschlag | <input type="checkbox"/> Ja | Prostatavergrößerung | <input type="checkbox"/> Ja |
| Bronchialasthma | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nierenstein(e) <input type="checkbox"/> Gallenblasenstein(e) | <input type="checkbox"/> Ja |
| Chronische Bronchitis (COPD) | <input type="checkbox"/> Ja | Hauterkrankung, welche: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Andere Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | Krebserkrankung, welche: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sonstige Erkrankung | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: | | |
| Wesentliche Operationen | Operation: | wann: | |
| | Operation: | wann: | |
| | Operation: | wann: | |

Aktuelle Beschwerden

| | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Ja, und zwar: |
|--------------------------------|--|



DATENSCHUTZ und MEHR



| | |
|----------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |

Ihre Patientenakte

Um einen Einblick in die bestehende Patientenakte Ihres bisherigen Hausarztes nehmen zu können, benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ja, Befundanforderung ist möglich.** Nein, Befundanforderung ist nicht gewünscht.

Datum/Unterschrift

Schweigepflichtentbindung: „Auskünfte gegenüber Dritten“

Um mitbehandelnden Kollegen und Krankenhäusern ggfs. uns vorliegende Befunde (Facharztberichte, Krankenhausberichte, Laborergebnisse, usw.) in Ihrem Interesse zur Verfügung zu stellen (i.R. von Überweisungen oder Krankenhauseinweisungen), benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ja, Befundmitteilungen sind möglich.** Nein, Befundmitteilungen sind nicht gewünscht.

Datum/Unterschrift

Schweigepflichtentbindung: „Auskünfte gegenüber Angehörigen / nahestehende Personen“

Um auch mal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ja, Auskünfte sind möglich gegenüber ...** Nein, ich erteile keine Schweigepflichtentbindung.

| Name | Verwandtschaftsgrad | Telefon |
|------|---------------------|---------|
| | | |
| | | |

Datum/Unterschrift

Patientenservice (RECALL)

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über bestimmte Termine (Vorsorgeuntersuchungen). Wir melden uns dann schriftlich, telefonisch oder per e-Mail bei Ihnen. Hierzu benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ja, bitte erinnern Sie mich.** Nein, eine Erinnerung ist nicht gewünscht.

Datum/Unterschrift

| | |
|----------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |

Bitte nennen Sie auch die Medikamente, wie z.B. die Pille, die in anderen Praxen verordnet wurden bzw. die freiverkäuflichen Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen.

| Medikament vollständiger Namen, ggf. Herstellerfirma | Dosierung Wirkstoffmenge (z.B. mg, ml, µg) | morgens | mittags | abends | Nacht |
|--|---|----------------|----------------|---------------|--------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |

Wir bitten Sie ggfs. den Medikamentenplan mit nach Hause zu nehmen. Übertragen Sie dann gewissenhaft JEDES Medikament mit der entsprechenden Mengenangabe zur Einnahmezeit. Geben Sie bitte den VOLLSTÄNDIG ausgefüllten Medikamentenplan in den nächsten Tagen in der Praxis ab.

Bitte bringen Sie auch Ihren Impfausweis mit!

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung unserer Fragen Zeit genommen haben.
Ihr Team der Klütpraxis