

Sehr geehrte Patient\*Innen,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Unser Ziel ist es, Ihnen unsere bestmögliche medizinische Versorgung zu bieten. Darum sind Vorabinformationen über Sie und Ihre medizinische Vorgeschichte von entscheidender Wichtigkeit. Wir möchten Sie daher bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und den Fragebogen bestmöglich auszufüllen, damit keine wichtigen Details verloren gehen.

Des Weiteren bitten wir Sie, uns Ihren **Impfausweis** sowie eventuell vorhandene **Arztberichte** über Ihre Behandlungen vorzulegen.

*Ihre Angaben werden natürlich streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.*

Bei Fragen zum Ausfüllen sprechen Sie uns an, wir helfen Ihnen gern weiter.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe.

Allgemeine Daten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	
Straße	Ort
Telefon	Mobil
E-Mail-Adresse	
Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Weitere behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung):	

Soziales/Familie	
Beruf:	
<input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Teilzeit % <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> Rentner
Treiben Sie Sport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sportart: ~ Std./Woche
Größe cm	Gewicht kg <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum ~ mal/Woche
<input type="checkbox"/> Nikotinkonsum	Seit wann? Zigaretten/Tag: aufgehört seit:
<input type="checkbox"/> Anerkannte Schwerbehinderung: %	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung – Betreuer:	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
Sie sind <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet	Leben Sie allein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Kinder? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sind Sie alleinerziehend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ernährung <input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan	weiteres:
Frauen <input type="checkbox"/> sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> stillen Sie? <input type="checkbox"/> nehmen Sie die Pille?	



# Praxis Kirchviertel

Leiden oder litten Ihre Eltern | Geschwister | Großeltern an:

- Bluthochdruck    Herzerkrankung    Schlaganfall?    Krebserkrankung    Demenz/Alzheimer  
 Thrombose    Asthma/COPD    Diabetes    Sonstiges:

in welchem Jahr hatten Sie Ihre letzte Check-Up Untersuchung:

Ihr letztes Hautkrebscreening:

Ihre letzte Darmspiegelung:

Nehmen Sie an einem Gesundheitsprogramm Ihrer Krankenkasse (DMP) teil?

- DMP Diabetes    DMP Asthma/COPD    DMP KHK

## Medizinische Vorgeschichte

Welche Vorerkrankungen haben Sie?

### Allergien

- Hausstaub    Pollen    Nahrungsmittel:  
 Medikamente:  
 sonstiges:

### Stoffwechsel

- Diabetes mellitus    Typ 1    Typ 2    Insulintherapie  
Schilddrüse:    Unterfunktion    Überfunktion  
 Morbus Hashimoto    Morbus Basedow  
 Cholesterin-/Blutfetterhöhung    Gicht  
 sonstiges:

### Lunge

- Asthma    COPD    Chronische Bronchitis    Silikose  
 Sarkoidose    Lungenembolie    Lungen-Bluthochdruck  
 Lungenkrebs    Emphysem    sonstiges:

### Herz/ Kreislauf

- Bluthochdruck    Herzschwäche    KHK    Herzinfarkt  
 Herzkatheter/Stent: Wann?   Welche Klinik/Praxis?  
 Herzrhythmusstörungen    Vorhofflimmern  
 Schwindelanfälle    Bewusstlosigkeit/Synkopen  
 Sind Sie Schrittmacherträger? (Bitte Ausweis vorlegen)

### Gefäße

- Thrombose    Verengung der Halsarterien    Verengung der Beinarterien  
 Gefäßverkalkungen    Stent in den Halsarterien    Stent in den Beinarterien  
 Gefäßoperationen (s.u.)

### Leber

- Fettleber    Zirrhose    Gallenblasensteine    Operation  
 Bauchspeicheldrüsenentzündung akut/chronisch

### Darm

- Verstopfung    Durchfälle    Darmbluten    Darmverschluss  
 Darmkrebs    Darmoperation (s.u.)    Morbus Crohn    Colitis  
 Polypenentfernung bei Darmspiegelung (wann):

### Niere/ Harnblase

- Nierenschwäche    Dialyse    Nierensteine  
 Chronische Harnblasenentzündung    Blasen-/Nierenoperation (s.u.)

### Augen

- Grauer Star    Grüner Star    Kurz-/Weitsicht    Brille/Kontaktlinsen

### HNO

- Schwerhörigkeit    Taubheit    Hörgerät





# Praxis Kirchviertel

Aktuelle Medikamente (Bitte auch Sprays und gelegentlich eingenommene Medikamente angeben)

Medikament (Name und Dosierung)	Einnahmezeitpunkt		
	Morgens	Mittags	abends
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blutverdünner

ASS     Marcumar     Xarelto     Eliquis     Lixiana     Pradaxa

Insulintherapie

Morphintherapie

4

Allgemeines

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

persönliche Empfehlung durch     Bekannte/Familie     anderen Arzt  
 Praxisschild     Google     andere Internetplattform:

Bochum, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# Praxis Kirchviertel

Praxis Kirchviertel, Brenscheder Str. 50, 44799 Bochum  
Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V und nach DSGVO  
Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Name

Geburtsdatum

Vorname

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Abrechnungsstellen, Inkassounternehmen übermittelt werden können.
- dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Laboren, Fachkollegen, Pflegediensten, Pflegeheimen und weiteren Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern aber auch übermitteln kann.
- die Praxis mich an Untersuchungen (Vorsorge, Kontrolltermine, Impfungen, vereinbarte Termine etc.) erinnert (telefonisch, postalisch, per Messenger, E-Mail, persönlich, Online-Terminbuchung).
- dass medizinische Informationen (z.B. Allergien, Medikationen, Diagnosen etc.) nach Maßgabe der Krankenkasse und des Gesetzgebers auf meiner elektronischen Gesundheitskarte und in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden.
- dass Personen aus meinem nahen Umfeld (Eltern, Kinder, Partner, Freunde, Nachbarn und Dienstleister) ärztliche Verordnungen und Schriftsachen abholen können.
- dass Daten über die ärztliche Behandlung an folgende Personen weitergegeben werden dürfen:

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort

Datum

Unterschrift