

Aufnahmebogen für neue Patienten

IHRE PERSONALIEN

Name		Geb.Name (ggf.)		Vorname		geb. am	
Arbeitgeber				Tätigkeit			Nationalität
Privatanschrift:	PLZ	Wohnort			Straße		
Telefonnummer (unter der Sie gut zu erreichen sind!)							

IHRE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen.

A Gesundheitsvorgeschichte der **Familie** Schwere Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)

			Welche?	Wer?
Zuckerkrankheit	☐ nein	☐ ja		
Krebserkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Herzerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Tuberkulose	☐ nein	☐ ja		
Psychische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Allergien	☐ nein	☐ ja		
Sonstiges	☐ nein	☐ ja		

B Eigene Erkrankungen **Kinderkrankheiten**

Windpocken	☐ nein	☐ ja	☐ ?	Spätfolgen	
Maser	☐ nein	☐ ja	☐ ?	Spätfolgen	
Mumps	☐ nein	☐ ja	☐ ?	Spätfolgen	
Keuchhusten	☐ nein	☐ ja	☐ ?	Spätfolgen	
Röteln	☐ nein	☐ ja	☐ ?	Spätfolgen	
Sonstiges					

schwere Unfälle	☐ nein	☐ ja	Gesundheitliche Folgen?	
				wann

Operationen	☐ nein	☐ ja	welche		wann

Berufskrankheit	☐ nein	☐ ja	welche	
Schwerbehinderung	☐ nein	☐ ja	warum	
Kriegs- bzw. Wehrdienstbeschädigung	☐ nein	☐ ja	welche	
				GdB
				Pflegegrad
				%

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt? Ort?

--

Eigene Vorerkrankungen

(seit) wann

welche

1. der Augen	☐ nein	☐ ja		
2. der Ohren	☐ nein	☐ ja		
3. der Lunge	☐ nein	☐ ja		
4. Herz / Kreislauf / Blutdruck	☐ nein	☐ ja		
5. Magen / Darm	☐ nein	☐ ja		
6. Leber- und Gallenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
7. Stoffwechsel (z.B. Zucker)	☐ nein	☐ ja		
8. Nieren- und Blasenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
9. Nerven- und Gemütskrankungen	☐ nein	☐ ja		
10. Anfallsleiden (Epilepsie)	☐ nein	☐ ja		
11. Bluterkrankungen	☐ nein	☐ ja		
12. Haut	☐ nein	☐ ja		
13. Allergien	☐ nein	☐ ja		
14. Bewegungsapparat / Wirbelsäule	☐ nein	☐ ja		
15. schwere Infektionskrankheiten	☐ nein	☐ ja		
16. Sonstige Erkrankungen	☐ nein	☐ ja		
17. Heilverfahren / Kuren	☐ nein	☐ ja		

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung?	☐ nein	☐ ja	Wann zuletzt?	
Hatten Sie schon mal eine Magenspiegelung?	☐ nein	☐ ja	Wann zuletzt?	
Hatten Sie schon mal eine Gesundheitsuntersuchung?	☐ nein	☐ ja	Wann zuletzt?	
Haben Sie Hilfsmittel? (z.B. Rollator, Gehstock, Brille, Hörgerät...)	☐ nein	☐ ja		
Haben Sie eine Patientenverfügung und / oder Vorsorgevollmacht?	☐ nein	☐ ja		Bitte bringen Sie diese mit, damit wir uns eine Kopie machen können.

Für Frauen:

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge zum Gynäkologen?	☐ nein	☐ ja	Wann zuletzt?	
Nehmen Sie am Mammographie-Screening-Programm teil?	☐ nein	☐ ja		
Haben Sie Kinder geboren?	☐ nein	☐ ja		☐ Kaiserschnitt?
				☐ Spontan?

Für Männer:

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge zum Urologen?	☐ nein	☐ ja	Wann zuletzt?
--	-------------------------------	-----------------------------	---------------

Für Senioren:

Wie wohnen Sie?	☐ Wohnung	☐ Haus	☐ seniorengerecht
	☐ EG	☐ OG	☐ Allein
			☐ Mit Angehörigen

Wichtig! Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis und den aktuellen Medikamentenplan zur Untersuchung mit!

Die gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam