

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,

ein herzliches Willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. 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.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße/ Hausnummer: _____
PLZ/ Wohnort: _____
Telefonnummer zu Hause: _____ geschäftlich: _____
Handy: _____ E-Mail: _____
Krankenkasse: _____ Mitglied O; Familienmitglied O; Rentner: O
Zusatzversicherung: _____
Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:
Name: _____ Tel.-Nr. _____

Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende

Personen:

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährtin/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

Name Verwandtschaftsgrad Telefon

1. _____
2. _____
3. _____

Datum, Unterschrift: _____

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: _____ Kinder: _____
Arbeitgeber: _____ Familienstand: _____

Patientenservice:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine (z.B.

Impfungen oder Vorsorgetermine. Je nach dem melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

O Ja, bitte erinnern Sie mich O Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

Datum/ Unterschrift: _____

Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

Operationen
Welche? Wann?

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente?

Sonstige Erkrankungen:

Wann war Ihr letzter VORSORGEUNTESUCHUNG?

Wann war Ihre letzte Impfung? _____

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN!

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z. B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.

Medikament:

Name, Wirkstoffmenge

(mg)

Einnahmezeit

Morgens

Einnahmezeit

Mittags

Einnahmezeit

Abends

Einnahmezeit

Zur Nacht

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit!

Risikoprofil:

Gibt es **chronische Erkrankungen** in Ihrer Familie

Nein, es sind keine **chronischen Erkrankungen** bekannt.

wenn Ja, welche und bei wem? _____

Gibt es **Krebserkrankungen** in Ihrer Familie

Nein, es sind keine **Krebserkrankungen** bekannt.

wenn Ja, welche und bei wem? _____

Allgemeine Daten:

Wie groß sind Sie: _____ Wie schwer sind Sie: _____

Raucher ? Ja Nein

Alkoholkonsum? Ja Nein Gelegentlich Häufig

Sind Ihnen Veränderungen Ihrer Blutwerte bekannt?

Ja Nein

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?

Ja, wann zuletzt? _____ Nein

Wie sind Sie auf unserer Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von Freunden/Bekanntem Internet

Telefonbuch Krankenkasse

Arztkollegen Zeitung

sonstiges: _____

Welchen Arzt möchten Sie in unserer Praxis aufsuchen?

Dr. med. Kurt Usar

Dr. Wilhelm Lahousen

Dr. Pedram Afschar

Dr. Thomas Ettenauer

Dr. Norbert Steiner

Zu guter Letzt:

Wir sind stets bemüht, Ihnen den bestmöglichen Service und die bestmögliche Betreuung zukommen zu lassen. Daher bitten wir Sie, mit uns **Termine zu vereinbaren**. Selbstverständlich können Sie **im Notfall** auch ohne Termin direkt die Sprechstunde aufsuchen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam

Dr. Kurt Usar
Arzt für Allgemeinmedizin

MMag. Karin Hiebaum de Bauer
Praxismanagerin