

HAUSARZTPRAXIS am Ox-Brunnen

Dr. med. univ. C. Winkler
Fachärztin für Innere Medizin
Angestellte Ärzte:
Dr. med. D. Hahn und Dr. med. K. Seitz
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Marktplatz 31, 88416 Ochsenhausen
Tel: 07352/93290, Fax: 07352/93291
BSNR: 621984500

Aufnahmebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Sie gut beraten und Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Die Angaben werden Ihrer Patientenakte beigelegt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.
Sollten Sie Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gerne.

Angaben zu Ihnen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Festnetz: _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____

Haben Sie Vorerkrankungen? Ja Nein, wenn ja bitte die folgenden Einzelfragen beantworten

Bluthochdruck Ja Nein Thrombose Ja Nein

Diabetes Ja Nein Gelenkerkrankung Ja Nein

Fettstoffwechselstörung Ja Nein Hauterkrankung Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein Genitalerkrankung Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein Kopfschmerzen/Migräne Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein Psychische Erkrankung Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS)

Lebererkrankung Ja Nein Ja Nein

Schilddrüsenkrankung Ja Nein Krebsleiden Ja Nein

Magen-/Darmerkrankung Ja Nein

Möchten Sie uns etwas anderes mitteilen? _____

Haben Sie Voroperationen?

Welche	Wann (Jahreszahl)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Bitte legen Sie einen Medikamentenplan bei oder fügen Sie Ihre Medikamente in die Tabelle ein

Welches Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht

Neigen Sie zu allergischen Reaktionen/Unverträglichkeiten?

Auslöser	Reaktion

Gewohnheiten

Rauchen Sie? Ja Nein

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Arbeiten Sie im Schichtdienst? Ja Nein

Fragen zur Vorsorge / Sonstiges

Hatten Sie einen Check-up? Ja Nein, wenn ja, wann? _____

Hatten Sie ein Hautscreening? Ja Nein, wenn ja, wann? _____

Hatten Sie eine Vorsorgekoloskopie? Ja Nein, wenn ja, wann? _____

Hatten Sie ein Bauchaortenaneurysmascreening? Ja Nein, wenn ja, wann? _____

Haben Sie einen Pflegegrad? Ja Nein, wenn ja, wann? _____

Haben Sie einen Behindertenausweis? Ja Nein, wenn ja, wegen was? _____

Haben Sie eine Vollmacht vergeben? Ja Nein, wenn ja, an wen? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? Ja Nein

Wollen Sie an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen? Ja Nein

Gibt es bei Ihren Blutsverwandten (Mutter, Vater, Oma, Opa, Kinder)

Bluthochdruck Ja Nein Thrombose Ja Nein

Diabetes Ja Nein Gelenkerkrankung Ja Nein

Fettstoffwechselstörung Ja Nein Hauterkrankung Ja Nein

Herzerkrankung Ja Nein Genitalerkrankung Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein Kopfschmerzen/Migräne Ja Nein

Lungenerkrankung Ja Nein Psychische Erkrankung Ja Nein

Nierenerkrankung Ja Nein Infektionskrankheit (z. B. Hepatitis, Tuberkulose, AIDS)

Lebererkrankung Ja Nein Ja Nein

Schilddrüsenerkrankung Ja Nein Krebsleiden Ja Nein

Magen-/Darmerkrankung Ja Nein

Möchten Sie uns etwas Anderes mitteilen? _____

Bitte bringen Sie zur Aufnahme Ihre **Gesundheitskarte**, Ihren **Impfpass** und **relevante Vorbefunde** mit.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben

Datum

Unterschrift