

(Name)

(Vorname)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

(Versicherung)

(Telefon, Büro, Mobiltelefon)

(Beruf)

Wer war ihr bisheriger Hausarzt? \_\_\_\_\_

Waren sie dort regelmäßig an mindestens drei Quartalen im Jahr in Behandlung?  ja  nein

Möchten sie den Hausarzt wechseln?  ja  nein

(Unterschrift Patienten)

**Sind bei ihnen Erkrankungen bekannt?**

Nein

- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Herzrhythmusstörungen
- Herzinfarkt
- Durchblutungsstörung der Beine
- unruhige Beine, Kribbelgefühl der Beine (PNP)
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ2)
- Nierenerkrankungen (Nephropathie, Dialyse, Nierenschwäche)
- Schlaganfall
- Netzhauterkrankung (diabetische Retinopathie, Netzhautlöcher oder Netzhautablösung)
- Lebererkrankung (Hepatitis, Fettleber)
- Gallensteine
- Schilddrüsenfunktionsstörung
- Kopfschmerzen / Migräne
- Rheuma
- Asthma/ chronische Bronchitis/ COPD
- Allergien gegen Medikamente oder anderes: \_\_\_\_\_
- HIV- Erkrankung

**Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche?**

Nein

Name

morgens mittags abends nachts

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Wann waren Ihre letzten Impfungen (Tetanus, Diphtherie, Polio, Pertussis)?  keine

Bitte Seite wenden!

## Wurden Sie bereits operiert?

- Herzoperation (z.B. Herzklappen, Bypässe)
  - Krebsoperation
  - Gallensteinleiden, Gallen-OP
  - Hüftoperation
  - Knieoperation
  - sonstige:

○ Nein

## Wenn Ja, wann und wo:

### Sind in Ihrer Familie Erkrankungen bekannt?

○ Nein

- Ja, folgende:

Für Frauen: Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft oder stillen Sie zur Zeit?

- Ja
- Nein

Rauchen Sie? ja, wie viele \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_  
Alkoholkonsum? ja,  gelegentlich  regelmäßig nein

Ihre GröÙe: cm Ihr Gewicht: kg

Wie sind Sie zu unsre Adresse gekommen? \_\_\_\_\_

### Bei minderjährigen Kinder bis zum vollendeten 17. Lebensjahr:

- alleiniges Sorgerecht
  - gemeinsames Sorgerecht

## Einwilligungserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
  - Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden dürfen.
  - An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, meine Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: \_\_\_\_\_, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_, Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Widerrufsbelehrung

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_