

		Seite 2 von 2
	Patientenaufnahmebogen	Revision 002
Erstellt/ Geändert am: 22.12.2021	Von: QM/Schwa	
Datum der Freigabe: 22.12.2021	Von: Dr. Schlosser	

Eine elektronische Patientenakte ist vorhanden: Ja Nein

Ein Zugriff durch die Praxis Dr. Schlosser kann nur erfolgen, wenn durch den Patienten/die Patientin eine entsprechende Freigabe hierfür erfolgt.

Sonstiges:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, zu bestimmten Anlässen, z. B. vergessenen Wiederholungsterminen, Recalls, etc. schriftlich, telefonisch oder per E-Mail benachrichtigt zu werden. Ja Nein

Die oben gemachten Einwilligungen kann ich jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen.

Über die Datenverarbeitung und meine Rechte wurde ich über den Aushang im Wartezimmer informiert.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit
Ihr Praxisteam

Augsburg, den _____ Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten _____

Anamnesebogen

Erstellt/ Geändert am: 02.10.19

Von: QMB

Datum der Freigabe: 02.10.19

Von: Dr. Schlosser

Vor- / Nachname: _____

Geb.-Datum: _____

Vorerkrankungen

ja, siehe unten

keine

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mell. | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Gefäßerkrank. | <input type="checkbox"/> Cholesterinerh. |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall
(wann?): | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt
(wann?): | <input type="checkbox"/> Angina pectoris
koronare Herzerkr. | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C
seit | <input type="checkbox"/> HIV
seit: |
| <input type="checkbox"/> Nierensteinleiden | <input type="checkbox"/> Blasen-/Nieren-
entzündungen | <input type="checkbox"/> Niereninfunktions-
einschränkung | <input type="checkbox"/> Geschlechts-
krankheiten | <input type="checkbox"/> grüner Star
(Glaukom) |
| <input type="checkbox"/> Neurolog. Erkr.
(z.B. Multipl.Sklerose) | <input type="checkbox"/> psych. Erkrankg.
(z. B. Depression) | <input type="checkbox"/> Abhängigkeiten | <input type="checkbox"/> Bösartige Erkrankungen/Krebs:
(was? wann?) | |
| <input type="checkbox"/> andere: | | | | |

Operationen/Verletzungen (Datum)

ja, siehe unten

keine

- | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nieren:
welche? | <input type="checkbox"/> Harnblase: | <input type="checkbox"/> Harnröhre | <input type="checkbox"/> Hoden: re / li | <input type="checkbox"/> Leiste: re / li |
| <input type="checkbox"/> Prostata: wenn ja: (wann?)
<input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig <input type="checkbox"/> über die Harnröhre <input type="checkbox"/> über Bauchschnitt | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> Bandscheibe | <input type="checkbox"/> Bauchraum | <input type="checkbox"/> Becken |
| <input type="checkbox"/> gynäkolog. | <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Gallenblase | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Genitale |

Allergien

ja, siehe unten

keine

- gegen Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel etc., welche?)

Heuschnupfen

Nahrungsmittel

andere:

Medikamente die regelmäßig eingenommen werden

ja, siehe unten

keine

- | | |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmer | |
| <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS/Aspirin <input type="checkbox"/> Plavix <input type="checkbox"/> Iscover <input type="checkbox"/> Xarelto <input type="checkbox"/> Eliquis <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> Heparin-Spritzen | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Augsburg, den _____

Datum

Unterschrift der/des Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters