

Liebe Patientin / lieber Patient,

die Beantwortung der folgenden Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankenvorgeschichte dient der ganzheitlichen Behandlung. Die Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Telefon _____

PLZ, Ort _____ Mobil _____

Größe _____ Gewicht _____ Familienstand _____ Kinder _____

E-Mail _____ Beruf _____

Sonstiges (Schwerbehindertenausweis, Pflegegrad, Betreuer, etc.) _____

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? O ja O nein

Vorerkrankungen (Zutreffendes bitte unterstreichen oder handschriftlich ergänzen)

Hatten/Haben Sie eine Erkrankung im Bereich:	ja	nein
• Herz (z.B. Herzinfarkt, Herzkatheter, Rhythmusstörungen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Gefäße (z.B. Bluthochdruck, Krampfadern, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Lunge (z.B. Asthma, Tuberkulose, chronischer Husten, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Magen-Darm (z.B. Geschwüre, Polypen, Hämorrhoiden, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Gallensteine, Gelbsucht, Hepatitis, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Niere, Harnblase (z.B. Nierensteine, Kolik, Entzündung, Prostata, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Geschlechtsorgane (z.B. Entzündungen, Tumore, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Stoffwechsel (z.B. Zucker, Schilddrüse, Gicht/Harnsäure, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Skelett, Bewegungsapparat (z.B. Brüche, Bandscheiben, Rheuma, Arthrose, Ischias, Hexenschuss, Unfall, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Haut (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte, Pilze, Leberflecke, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Augen (z.B. Grauer/Grüner Star, Verletzung, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Hals-Nase-Ohr (z.B. Entzündung, Schwerhörigkeit, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Blut (z.B. Thrombose, Blutarmut, Eisenmangel, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Nerven, Gehirn (z.B. Migräne, Kopfschmerz, Krampfanfallsleiden, Parkinson, Schlaganfall, Epilepsie, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte wenden!



- | | ja | nein |
|---|----|------|
| • Seelische Erkrankungen (z.B. Depression, Sucht, Ängste, etc.) | O | O |
| • Andere Krankheiten (z.B. schwere Kinderkrankheiten, Krebs, Unfälle, etc.) | O | O |
| Falls ja, welche? | | |

Weitere Angaben (Zutreffendes bitte unterstreichen oder handschriftlich ergänzen)

- | | | |
|--|---|---|
| • Wurden Sie schon einmal operiert? | O | O |
| Falls ja, wann und woran? | | |
| • Nehmen Sie öfters/regelmäßig Medikamente ein? (auch Beruhigungs-, Abführ-,
Verhütungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel) | O | O |
| Falls ja, welche und wie oft? | | |
| | | |
| • Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten (Arzneimittel)? | O | O |
| Falls ja, welche? | | |
| • Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | O | O |
| Falls ja, was, wie oft (wöchentlich/täglich) und wie viel? | | |
| • Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? | O | O |
| Falls ja, wieviel und seit wann bzw. seit wann nicht mehr? | | |
| • Sind Ihnen ernsthafte Erkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister, etc.)
bekannt? | O | O |
| Falls ja, welche? | | |
| • Besitzen Sie einen Impfausweis/Impfschutz? | O | O |
| Falls ja, wann wurde dieser zuletzt überprüft? | | |
| • Befinden Sie sich bei weiteren Ärzten in Behandlung? | O | O |
| Falls ja, Name und Fachrichtung? | | |
| | | |
| • Achten Sie besonders auf Ihre Ernährung? | O | O |
| Falls ja, in welcher Form? | | |
| • Sind Sie häufig großen Belastungen/Stress ausgesetzt? | O | O |
| • Haben sie Hobbies oder besondere Interessen (Sport)? | O | O |
| Falls ja, welche? | | |

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten (gem. § 73 Abs. 1 b SGB V) erkläre ich mich einverstanden, dass mein Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei mitbehandelnden Ärzten zum Zwecke der weiteren Behandlung anfordert oder ggf. an diese übermittelt.	O	O
---	---	---

Dürfen wir Sie telefonisch, per E-Mail oder per Postkarte an wichtige Termine erinnern?	O	O
---	---	---

Erklärung zur Datenverarbeitung

Ihr Hausarzt ist Ihr zentraler Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Aus diesem Grund erhalten wir Rückmeldungen von anderen Ärzten und medizinischen Einrichtungen über alle Behandlungen, bei denen wir Sie überwiesen bzw. bei denen Sie angegeben haben, dass wir Unterlagen über Untersuchungen und Befunde erhalten sollen.

Der Inhalt der Untersuchungen und Befunde kann Jahre später zum Tragen kommen. Mit der Unterschriftsleistung beauftragen Sie uns, alle von Ihnen gespeicherten Daten unbefristet aufzubewahren.

Sie haben das Recht, diese Vereinbarung jederzeit zu widerrufen und die Löschung der Daten (soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen) zu verlangen.

Datum, Unterschrift _____