



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihren Arztbesuch so effektiv wie möglich zu gestalten, bitte ich Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. So kann ich Sie gezielt untersuchen, beraten und therapieren. Bitte helfen Sie sich und uns! Die Beantwortung ist freiwillig. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit und Ihr Verständnis!

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Vorerkrankungen:	selbst		Familie? ¹	
	ja	nein	ja	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel/Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma/Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Erkrankungen:

Schwerbehinderung: _____ (GdB) Zusatzmerkmale: _____

Evtl. Pflegegrad: _____ Sonstiges: _____

- Kinderkrankheiten:**
- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

- Bisherige Operationen:**
- ja nein
- Mandeloperation wann? _____
- Blinddarmoperation wann? _____
- Leistenbruch-Op. wann? _____
- Sonstige Operationen mit Jahresangabe: _____

Unfälle/Knochenbrüche: ja nein

Wenn ja, welche:

Allergien: ja nein

Wenn ja, welche?

Medikamentenunverträglichkeiten: ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen: ja nein Nichtraucher seit: _____

durchschnittl. Zig./Tag: _____ Jahre geraucht

Alkohol: ja nein Bier Wein

Schnaps _____ Gläser pro Tag Woche?

Impfpass (bitte mitbringen) ja nein

Mumps, Masern, Röteln Windpocken Kinderlähmung

Tetanus Diphtherie Hepatitis A B

Bei Frauen: Sind Sie schwanger ja nein

1) Was sind meine augenblicklichen Beschwerden?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Appetitmangel |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Husten |
| <input type="checkbox"/> Auswurf | <input type="checkbox"/> Herzschmerz/Enge im Brustkorbbereich | |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust, wenn ja, wie viel _____ kg Zeitraum: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Infekt in den letzten 3 Wochen | | <input type="checkbox"/> beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Brille re _____ / li _____ dpr/Sehstärke | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

2) Welche Medikamente nehme ich derzeit ein?
 (Einnahmeplan vorhanden – bitte mitbringen!)

3) Was möchte ich meinen Arzt/meine Ärztin fragen?

Ich versichere, dass ich die Fragen korrekt, gewissenhaft und vollständig beantwortet habe.

- Hiermit erkläre ich mich bereit, dass folgende Fotos zur
- Befund- und Verlaufsdokumentation (z. B. Wunden etc.)
- Portrait für die Patientenakte (zur Wiedererkennung)

gemacht werden dürfen. Martin Bauer versichert Ihnen, dass diese Fotos nicht oder nur mit Ihrer Erlaubnis an Dritte weiter gegeben werden.

Berlin, Datum: _____

Unterschrift: _____
 (ggf. Erziehungsberechtigte/r – vgl. Seite 1)

¹ Krankheiten in der Familie: (Mutter, Vater, Großeltern, Geschwister)



Patienten-Fragebogen –Aufnahme in der Praxis

Martin Bauer, Facharzt für Allgemeinmedizin, Hauptstr. 71, 12159 Berlin

Name, Vorname		Geb.-Datum	
PLZ Ort		Strasse Nr.	
Tel.1 (tags)		Tel.2 ?	
Krankenkasse Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> kosten- erstattung
E-Mail-Adresse (bitte nur angeben, wenn Kontakt gewünscht):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruf (z. B. wegen Berufskrankheiten, auch bei Rentner/in)		<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> krank geschrieben
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> berentet

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN GEM. ART. 13 DSGVO

- Ich bin damit einverstanden**, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden**, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten, Rezepte, Überweisungen weitergegeben werden (Name, Vorname, Geb., Anschrift):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzl. Vertreter/in)

Wichtiger Hinweis:

Die/Der unterschreibende Erziehungsberechtigte unterschreibt in Vertretung eines etwaigen weiteren Erziehungsberechtigten und versichert mit seiner Unterschrift, dass sie/er hierzu legitimiert ist.

<<< Bitte beantworten Sie auch die Fragen auf der Rückseite >>>