

Seebronner Straße 8
72108 Rottenburg

Tel.: 07472 - 22253

Fax: 07472 – 23186

E-Mail: praxis@reiner-rottenburg.de

Neupatienten – Datenerhebung

Liebe Patientin, lieber Patient,

folgender Fragebogen dient zur Erfassung der wichtigsten Angaben über Ihre Person. Zudem werden wichtige Dinge wie z.B. Medikamentenallergien, etc. nicht übersehen und es bleibt mehr Zeit für Ihr eigentliches Anliegen. Ihre Angaben werden selbstverständlich gemäß der ärztlichen Schweigepflicht, streng vertraulich behandelt. Sollten Sie bestimmte Angaben nicht machen wollen, lassen Sie die Zeile einfach frei. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name, Vorname: _____ **geb. am:** _____

Telefon: _____ **Mobiltelefon Nr.** _____

E- Mail: _____

Beruf: _____ **Erwerbstätig ?** Ja Nein

Wochenarbeitszeit: _____ **Std. , Überwiegend:** Geistig Körperlich Sitzend Stehend

Notfallkontakt / Angehörige/ gesetzl. Vertreter: _____

Vorheriger Hausarzt: _____

Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Migräne, Depressionen, etc.):

Ansteckende Erkrankungen (z.B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, etc.):

Allergien (z.B. Pflaster, Medikamente (z.B. Penicillin), Lebensmittel, etc.):

Operationen / Krankenhausaufenthalte (z.B. Herzinfarkt 2001, Schlaganfall 1995, etc.):

Medikamente / Medikamentenplan:

Krankheiten bei Familienangehörigen (z.B. Vater Blasenkrebs, Mutter Bluthochdruck, etc.):

Zigarettenkonsum / Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wieviel? (z.B. ½ Schachtel pro Tag) _____

Seit wann? (z.B. seit 1984) _____

Alkoholkonsum / Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Wenn Ja, wieviel? pro Tag / pro Woche (z.B. jeden Abend ¼ Wein) _____

Seit wann? (z.B. seit 1998) _____

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer oder psychosomatischer Behandlung?

Ja Nein

Wenn Ja, wann und wo? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Wie oft pro Woche? _____

Welche Sportart(en)? _____

**Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten
gemäß §73 Abs.1b SGB V**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt, zum Zwecke der Weiter- oder Mitbehandlung, erforderliche Behandlungsdaten und Befunde an den mitbehandelnden Arzt weitergeben kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen ausgefüllt zu Ihrem 1. Termin mit in die Praxis.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,

Ihr Praxisteam

Seite 3