



Herzlich willkommen in unserer infektiologischen Praxis!

Um gezielter auf Ihre Wünsche eingehen zu können und den leider auch nötigen bürokratischen Aufwand gering zu halten, möchten wir Sie bitten, sich einige Minuten Zeit zu nehmen. Der folgende Bogen mit Fragen zu Ihrer Gesundheit wird uns bei Ihrer Beratung und Betreuung behilflich sein. Wir bitten um Blockschrift. Danke sehr!

Vorstellungsgrund / Art der Beschwerden:

Persönliche Daten:

Name/Vorname: _____

Geschlecht: () m () w () d Größe: _____ Gewicht: _____

Geburtsdatum: _____ Nationalität: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon privat: _____ geschäftlich: _____

Mobiltelefon: _____ eMail: _____

Hausarzt (Adresse): _____

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung? (Name, Fachrichtung): _____

Als Ärzte bzw. Mitarbeiter einer Arztpraxis unterliegen wir der Schweigepflicht, d. h. wir geben Informationen (Befunde etc.) **ausschließlich** an Sie persönlich weiter. Wenn Sie uns Anliegen per Telefon oder Email zukommen lassen, brauchen wir zur Identifikation ihren persönlichen Code.

Möchten Sie jemand anderes beauftragen, in Ihrem Auftrag Befunde, Überweisungen oder Rezepte abzuholen, so braucht diese Person auch Ihren persönlichen Code.

Auskunftsberechtigt sind: _____

Familienstand

() ledig () verwitwet () geschieden / getrennt lebend

() verheiratet () verpartnert

Kinder: () nein () ja – Anzahl: _____



PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Beruf / Tätigkeit: _____

- angestellt freiberuflich/selbständig arbeitssuchend
 Vollzeit Teilzeit berentet

Schwerbehinderung: nein ja – Grad: _____ %

Art der Behinderung: _____

Wie sind Sie auf uns gekommen? Wer hat uns empfohlen?

- Internet (Suchmaschine) Printmedien Partner / Freunde / Bekannte
 Hausarzt Klinik Stadtgesundheitsamt
 Selbsthilfegruppe / welche: _____ andere: _____

Angaben zu Vorerkrankungen

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen d. Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- und Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leiden Sie an einer HIV-Infektion Hepatitis anderen Infektionskrankheit?

Wenn andere, bitte hier angeben: _____

Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente)? Wenn ja, welche: _____



PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

Operationen/Krankenhausaufenthalte: _____

Traten in Ihrer Familie vermehrt Erkrankungen auf? (z. B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, etc.):

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

(einschließlich „Pille“ und freiverkäuflichen Substanzen wie z.B. Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel, etc.)

	morgens	mittags	abends	zur Nacht
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

Weitere Medikamente? _____

Rauchen Sie? Nein Ja Menge/Tag: _____

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Menge/Tag: _____

Nehmen Sie Drogen? Nein Ja Art/ Menge: _____

Frankfurt, den _____

Unterschrift: _____