

Patientenaufnahmebogen

Herzlich willkommen in der Hausarztpraxis Uhl!

Bitte füllen Sie diesen Bogen sorgfältig aus, damit wir Sie bestmöglich betreuen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz gemäß DSGVO.

1. Persönliche Daten

- **Vorname:** _____
 - **Nachname:** _____
 - **Geburtsdatum:** _____
 - **Geschlecht:** männlich weiblich divers
 - **Adresse:** _____
 - **PLZ/Ort:** _____
 - **Telefon (privat):** _____
 - **Telefon (mobil):** _____
 - **E-Mail:** _____
 - **Beruf:** _____
-

2. Versicherungsdaten

- **Versicherung:** gesetzlich privat
 - **Name der Krankenkasse:** _____
 - **Versicherter (falls abweichend):** _____
-

3. Hausarzt/Hausärztin

- Sind wir Ihre **erste Hausarztpraxis**?
 Ja Nein, bisherige Praxis: _____
-

4. Notfallkontakt

- **Name:** _____
 - **Telefon:** _____
 - **Beziehung:** _____
-

5. Medizinische Vorgeschichte (Anamnese)

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie an folgenden Erkrankungen leiden oder gelitten haben:

- Bluthochdruck
- Diabetes
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Asthma/COPD
- Allergien (bitte angeben): _____
- Chronische Erkrankungen (bitte angeben): _____
- Operationen (bitte angeben): _____

Haben Sie aktuell Beschwerden oder Schmerzen?

- Ja (bitte beschreiben): _____
- Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Ja (bitte auflisten): _____
- Nein

Rauchen Sie?

- Ja Nein

Konsumieren Sie Alkohol?

- Ja Nein

Haben Sie einen **Grad der Behinderung (GdB)**?

- Ja, GdB: _____ % Nein

Haben Sie einen **Pflegegrad**?

Ja, Pflegegrad: _____ Nein

Sind Sie Teilnehmer:in an einem **Disease-Management-Programm (DMP)**?

Ja, welches: _____

Nein

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht und/oder eine Patientenverfügung?

Ja Nein

Falls Nein, besteht Interesse? Sprechen Sie uns an!

6. Einwilligungserklärung

- Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung gemäß Datenschutzrichtlinien einverstanden.

Ja Nein

- Ich bin mit der Kontaktaufnahme per Telefon E-Mail einverstanden.

Ja Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an weiterbehandelnde Ärzte oder Kliniken übermittelt werden, wenn dies zur Behandlung erforderlich ist.

Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift Patient:in oder Erziehungsberechtigte _____

Falls Sie noch Fragen haben, sprechen Sie uns gerne an!

Hausarztpraxis Uhl

Steinstr. 4, 35457 Lollar

E-Mail: info@hausarztpraxis-uhl.de

Telefon: 06406/91400
