

## PATIENTENAUFNAHMEBOGEN

### Sehr geehrte Patienten,

herzlich Willkommen in meiner Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an meine Mitarbeiterinnen.

### Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer zu Hause: \_\_\_\_\_ geschäftlich: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ E- Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Mitglied: ; Familienmitglied: ; Rentner:

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name: \_\_\_\_\_ Tel.- Nr.: \_\_\_\_\_

### Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen:

Um auch mal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährten/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch hier Ihre schriftliche Einwilligung.

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon
1. _____		
2. _____		
3. _____		

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

### Privatpatienten:

Unsere Liquidationen werden über die private Verrechnungsstelle (PVS Bremen e.V.) versandt. Mit dem Datentransfer erkläre ich mich durch meine Unterschrift einverstanden.

Datum/ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Patientenservice:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine (z.B. Impfungen), sowie aktuelle Themen. Je nach Thema und Aktualität melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-mail bei Ihnen.

- Ja, bitte erinnern Sie mich                       Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

---

---

---

## Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente?

---

## Sonstige Erkrankungen:

---

---

---

## BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN !

Bitte schreiben Sie im folgenden alle Medikamente auf, die sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z.B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.

Medikament: Namen, Wirkstoffmenge (mg)	Einnahmezeit Morgens	Einnahmezeit Mittags	Einnahmezeit Abends	Einnahmezeit zur Nacht

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit.

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

IHR DR. MED. LARS PASCHEN TEAM