

Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

dieser Aufnahmebogen ist wichtig für unsere medizinische Zusammenarbeit.
Ihre Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen ausnahmslos der ärztlichen Schweigepflicht.

Wenn Sie Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Zudem möchten wir Sie auf die Datenschutzmaßnahmen unserer Praxis hinweisen und Sie bitten, die Einzelheiten und Ihre Rechte zur Kenntnis zu nehmen.

Ihr Praxisteam

Persönliche Angaben und Kontaktmöglichkeiten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Kontakt

Beruf

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Betreuungsverfügung vorhanden? (bitte markieren)

Schwerbehindertenausweis / Pflegegrad vorhanden? (bitte markieren)

Bemerkung:

Medizinische Informationen

	Nein	Ja	?
Sind Allergien, Medikamenten- und / oder Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten bekannt? Allergiepass vorhanden? → bitte vorlegen			
Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Ja → bitte legen sie einen Medikamentenplan vor oder sprechen uns an.			
Nehmen Sie (un-) regelmäßig frei verkäufliche Medikamente ein? Ja → bitte informieren Sie uns.			
Ist bei Ihnen eine angeborene oder erbliche chronische Krankheit diagnostiziert worden? Oder besteht der Verdacht?			
Welche?			
Haben Sie Krankheiten des Nervensystems, des Kopfes, der Sinnesorgane?			
Welche?			
Haben Sie Krankheiten des Atmungs- und / oder Kreislaufsystems?			
Welche?			
Haben Sie Krankheiten des Hormonsystems (Nebenniere, Schilddrüse...)?			
Welche?			
Haben Sie Krankheiten des Verdauungs- und/oder Immunsystems?			
Welche?			
Haben Sie Krankheiten der Nieren, Blase und/oder Geschlechtsorgane?			
Welche?			
Haben Sie Krankheiten der Haut, Sehnen, Gelenke, Knochen, der Wirbelsäule und/oder Muskulatur?			
Welche?			
Haben Sie Krankheiten der Psyche?			
Welche?			
Haben Sie einen Herzschrittmacher, einen Defibrillator, einen Port oder ein anderes implantiertes Gerät? → Ausweis?			
Besteht eine chronisch infektiöse Krankheit (HIV, Hepatitis B/C usw.)?			
Frauen: Sind Sie aktuell schwanger, oder könnten Sie es sein?			

Erklärung und Einwilligung

Alle Angaben sind mit bestem Wissen und Gewissen gemacht. Mir ist bewußt, dass für fehlende Angaben die Hausarztpraxis Volkens keine Verantwortung übernehmen kann.

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) hängt in der Praxis aus und wurde von mir eingesehen. Ich wurde auf mein Recht zum Widerruf meines Einverständnisses hingewiesen.

Ich bitte die Hausarztpraxis Volkens, meine medizinischen Daten zu Lebenszeiten über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus zu speichern, es sei denn ich beantrage in formloser Schriftform eine fristgerechte Löschung.

Ich bin damit einverstanden, dass das Praxispersonal mich mit meinem Vor- und Nachnamen anspricht bzw. aufruft.

Hinweis: Sollten Teile dieses Erhebungsbogens nicht in Ihrem Einverständnis formuliert sein oder sind Ergänzungen/Einschränkungen gewünscht, bitten wir Sie uns unmittelbar anzusprechen. Wir finden dann eine Lösung.

Bemerkungen:

Datum, Name, Vorname und Unterschrift
