
Patientenaufnahme

Patientendaten

(Bitte leserlich schreiben)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Name +

Geb. Datum

Hauptversicherter: _____

Telefon privat: _____ dienstlich _____

Telefon mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Arbeitgeber: _____

Lahnstein, den _____

Unterschrift

Hausärztlich-Internistische Praxis. Dr. Th. Paolazzi

**Gutenbergstr. 2a
56112 Lahnstein**

Fragebogen zur Vorgeschichte

Name, Vorname

Datum

Größe in cm / Gewicht in kg

<u>Gibt oder gab es in Ihrer Vorgeschichte:</u>	ja / nein	Zeitpunkt? Weit. Angaben?
 Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Durchblutungsstör./Schlaganfall/ Thrombosen/Lungenembolien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Erkrankung der Lunge/Bronchien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Gicht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Blutfett-Erhöhung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Nieren-Erkrankung/Steine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Magen/Zwölffingerdarm Geschwür	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Schilddrüsenkrankheit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Krebsleiden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Grauer/Grüner Star, Operation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Psychiatrische Erkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Schlafstörung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Nikotin (Zigaretten pro Tag)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
 Alkohol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Hausärztlich-Internistische Praxis. Dr. Th. Paolazzi


**Gutenbergstr. 2a
56112 Lahnstein**

Operationen:

ja / nein

 Mandeln


<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 Schilddrüse

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 Herz

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 Gallenblase/Blinddarm/sonstige
Bauchoperationen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

 Gelenke/Gelenkersatz

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Allergien/

ja / nein

Medikamenten-Unverträglichkeit:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sonstige wichtige Angaben:

Medikamente:

Hausärztlich-Internistische Praxis. Dr. Th. Paolazzi

**Gutenbergstr. 2a
56112 Lahnstein**

**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von
Behandlungsdaten und Befunden -§73 Abs. 1 b SGBV**

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zu Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt.
Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten