

## Patientenaufnahmebogen

---

### Praxisgemeinschaft Dr. med. Thorsten Johannsen/Christoph Göbbels

Herzlich Willkommen in unserer Praxis, wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen! Mit diesem Fragebogen heben wir "unangenehmes Mithören" an der Anmeldung auf. Füllen Sie ihn bitte in Ruhe aus und bringen Sie ihn zu Ihrem 1. Besuch mit. Die folgenden Angaben benötigen wir, und um eine korrekte Abrechnung zu erstellen. Bitte beantworten Sie diese Fragen vollständig, da viele Krankenversicherungskarten nicht immer aktuell sind. Sie können den Bogen ausdrucken und per Post an uns senden oder ihn bei Ihrem Besuch mitbringen. Sollten Sie Fragen bezüglich des Bogens haben, so hilft Ihnen gerne eine Mitarbeiterin.

Krankenkasse			
Versichert als	<input type="radio"/> Mitglied	<input type="radio"/> Familienmitglied	<input type="radio"/> Rentner
Name, Vorname			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Wohnort			
Telefon	privat	mobil	geschäftlich
eMail			
Hausarzt		Adresse	

### Datenschutz und Sicherheit

Sollte Dr. Johannsen/Herr Göbbels sich während des Urlaubs oder im Krankheitsfall vertreten lassen, benötigt die Kollegin/ der Kollege eine möglichst umfassende Kenntnis Ihrer Vorbefunde. Wir bitten Sie um Ihr ausdrückliches Einverständnis zur Einsichtnahme in Ihre Praxisakte.

Unterschrift:

---

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Daten und erteile mein Einverständnis

### Befundübermittlung

Seit dem 01.04.05 sind wir verpflichtet bestimmte Befunde automatisch an den Hausarzt bzw. überweisenden Facharzt zu übermitteln. Sind Sie damit einverstanden?

Ja  Nein

**Sollten Sie akute Beschwerden haben, melden Sie sich bitte telefonisch an.**

**Familienstand**

- allein lebend     
  verwitwet mit Kind     
  verheiratet     
  verwitwet  
 getrennt/geschieden     
  Lebensgemeinschaft     
  allein lebend     
  bei Eltern lebend

**Beruf/ Tätigkeit**

**Familienanamnese**

<b>Eltern</b>	<b>Großeltern</b>	<b>Geschwister</b>
<input type="radio"/> Krebs Wer ist erkrankt? Welche Krebs-Art? <input type="radio"/> Zucker <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Lungenembolie <input type="radio"/> Schlaganfall und/oder	<input type="radio"/> Krebs Wer ist erkrankt? Welche Krebs-Art? <input type="radio"/> Zucker <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Lungenembolie <input type="radio"/> Schlaganfall und/oder	<input type="radio"/> Krebs Wer ist erkrankt? Welche Krebs-Art? <input type="radio"/> Zucker <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Lungenembolie <input type="radio"/> Schlaganfall und/oder

**Eigene Erkrankungen**

- Krebs      Welche Krebs-Art?  
 Zucker     
  Schlaganfall     
  Lungenembolie     
  Herzinfarkt     
  Bluthochdruck  
 Sonstige Erkrankungen

<b>Eigene Operationen</b>	<b>In welchem Jahr?</b>

**Geburten**  Keine

1. Geburt/Jahr	<input type="radio"/> spontan	<input type="radio"/> Saugglocke	<input type="radio"/> Kaiserschnitt	<input type="radio"/> gestillt
2. Geburt/Jahr	<input type="radio"/> spontan	<input type="radio"/> Saugglocke	<input type="radio"/> Kaiserschnitt	<input type="radio"/> gestillt
3. Geburt/Jahr	<input type="radio"/> spontan	<input type="radio"/> Saugglocke	<input type="radio"/> Kaiserschnitt	<input type="radio"/> gestillt
4. Geburt/Jahr	<input type="radio"/> spontan	<input type="radio"/> Saugglocke	<input type="radio"/> Kaiserschnitt	<input type="radio"/> gestillt

**Menstruation**

1. Regelblutung mit \_\_\_\_\_Jahren letzte Regelblutung mit \_\_\_\_\_Jahren

Aktuell Abstand zwischen den Regelblutungen Tage \_\_\_\_\_ letzte Regelblutung (1. Blutungstag) \_\_\_\_\_

**Verhütung** Wie verhüten Sie? (z.b. Pille, Kondom, Spirale usw.)

**Medikamente** Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

**Krebsvorsorge** Letzte Krebsvorsorge: \_\_\_\_\_ Letzter Stuhltest: \_\_\_\_\_

**Rauchen** Rauchen Sie?  Ja  Nein Wenn ja, wieviele Zigaretten am Tag?

**Alkohol** Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein Wenn ja, was und wieviel am Tag?

**Sport** Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein Wenn ja, welcher und wieviel?

**Grund Ihres Besuchs**

Krebsvorsorge  Ja  Nein Impfung/ Reiseberatung  Ja  Nein

Ich habe folgende Beschwerden:

Größe \_\_\_\_\_cm Gewicht \_\_\_\_\_kg letzte Tetanus/Diphtherie-Impfung \_\_\_\_\_

**Darmspiegelung (Koloskopie)**  Ja (im Jahr \_\_\_\_\_)  Nein

Sollten Sie eine zusätzliche Leistung von uns wünschen, die die Krankenkasse nicht erstattet, sprechen Sie uns bitte vor der Untersuchung an.

**Dr. med. Johannsen/Göbbels & Team**