

## Patientenaufnahmebogen

### Gemeinschaftspraxis 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.

#### Persönliche Daten

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/ Christoph 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

<input type="radio"/> allein lebend	<input type="radio"/> verheiratet	<input type="radio"/> getrennt/geschieden
<input type="radio"/> verwitwet	<input type="radio"/> Lebensgemeinschaft	<input type="radio"/> allein lebend
<input type="radio"/> mit Kind	<input type="radio"/> bei Eltern lebend	

**Beruf/ Tätigkeit**

--

**Ihre Vorgeschichte**

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

**Eigene Erkrankungen**

<input type="radio"/> Krebs	<input type="radio"/> Zucker	<input type="radio"/> Schlaganfall
Welche Krebs-Art?	<input type="radio"/> Herzinfarkt	<input type="radio"/> Lungenembolie
	<input type="radio"/> Hoher Blutdruck	<input type="radio"/> Sonstige Erkrankungen

**Eigene Operationen**

**In welchem Jahr?**



**Geburten**

<input type="radio"/> 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
5. 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?  keine  
z.B. Pille, Kondome, Sterilisation 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**

Für Patientinnen über 55 Jahre

Darmspiegelung (Coloskopie) erwünscht?

Ja  Nein

Darmspiegelung durchgeführt?

ja am:   Nein

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

**Dr. med. Thorsten Johannsen & Christoph Göbbels und Team**