

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns Sie als neuen Patienten in unserer Praxis begrüßen zu dürfen! Für eine erfolgreiche Behandlung ist uns die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig. Wir würden Sie daher bitten die folgenden Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Sämtliche Angaben sind natürlich freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht! Sie sollen uns dazu dienen die optimale Therapie für Sie festzulegen. Sollten Sie Fragen haben sind wir Ihnen natürlich jederzeit gerne behilflich!

Vor- und Nachname:	Geburtsdatum:
Adresse:	Telefon-Nr.:
E-Mail Adresse: _____ @ _____	Handy-Nr.:
Beruf/ehemaliger Beruf:	bisheriger Hausarzt:
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg	im Notfall anzurufen:

1. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Bitte ankreuzen:

Diabetes mellitus/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt/Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Herzinsuffizienz/Herzschwäche	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis/COPD	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Thrombose	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>
erhöhtes Cholesterin / Blutfette	<input type="checkbox"/>

2. Sind in Ihrer Familie Verwandte an einer der obigen oder anderen Erkrankungen erkrankt?

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, listen Sie bitte Ihre Medikamente auf:

1.	4.
2.	5.
3.	6.

4. Leiden Sie an Medikamenten- oder sonstigen Allergien? Wenn ja, listen Sie bitte diese Medikamente / Allergien auf:

1.	4.
2.	5.
3.	6.

5. Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt? In welchem Jahr?

1.	4.
2.	5.
3.	6.

6. Rauchen Sie? Ja Wenn ja – wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Stück Nein

7. Haben Sie einmal geraucht? Ja Nein Wenn ja bis wann?

8. Wann war Ihre letzte Darmspiegelung /Koloskopie?

9. Besitzen Sie einen Impfpass? Wenn ja - bitte bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin gerne mit!

Ja Nein

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden das die Praxis Dres. Bauer, Barth und Harlfinger mit mir telefonisch, postalisch, per Mail oder weiteren Kommunikationswegen bzgl. etwaiger notwendiger Untersuchungen, Befunde, Kontrolltermine, Vorsorgeuntersuchungen etc. in Kontakt treten darf. Die dafür notwendigen Daten werden im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gespeichert. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben. Sie finden diese Informationen als Aushang in unserer Praxis sowie auf unserer Homepage www.hausarztpraxis-ahlem.de.

Herzlichen Dank für die Zeit, die sich genommen haben, um diesen Fragebogen auszufüllen!

Hannover, den _____

Unterschrift: _____