

PATIENTENBOGEN

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie sollen sich in unserer Praxis gut versorgt fühlen. Um Ihnen einen optimalen Service bieten zu können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und Krankengeschichte:

NAME: _____

VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

STRASSE / HAUSNUMMER: _____

WOHNORT: _____

Tel.-Nr.: _____ BERUF: _____

VERSICHERTENSTATUS:

Mitglied freiwilliges Mitglied

Familien-Mitglied Rentner

Privatversicherung (Name): _____

Welche KINDERKRANKHEITEN hatten Sie?

Masern: ja / nein ; Röteln ja / nein

Mumps: ja / nein ; Scharlach: ja / nein

Windpocken: ja / nein

Hatten Sie schon OPERATIONEN ?

Welche?

Wann (Monat/Jahr)?

Haben Sie CHRONISCHE ERKRANKUNGEN ?

Gibt / gab es schwere ERKRANKUNGEN IN IHRER FAMILIE ?

Mutter

Vater

Ihre AKTUELLEN BESCHWERDEN ?

Ihre MEDIKAMENTE?

Haben Sie ALLERGIEN?

Sind alle IMPFUNGEN vollständig ?

ja / nein

Besitzen Sie einen Impfausweis ?

ja / nein

IHR FRÜHERER HAUSARZT ?

Dr. _____

In unserer Funktion als betreuende Hausarztpraxis sollten wir über Ihre gesamte Krankenakte verfügen. Sind Sie damit einverstanden, dass wir Ihre Krankenunterlagen bei anderen Ärzten/ Kliniken anfordern, bzw. diese zu medizinischen Zwecken ggf. an weiterbehandelnde Ärzte bzw. Kliniken geben?

ja / nein

Wie sind Sie AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM geworden?

Persönliche Empfehlung Telefonbuch Internet

Zeitungsanzeige Vortrag

andere Quelle: _____

Wir erinnern Sie gerne an wichtige Termine (Impfungen, Kontrolluntersuchungen, Gesundheitsfürsorge). Wollen Sie in unseren Erinnerungs-Service aufgenommen werden?

ja / nein

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE ANGABEN!

Bitte fragen Sie auch nach einem Informationsblatt über den Praxisablauf und unsere Gesundheitsangebote.