

NEUPATIENT

FRAGEBOGEN ZU BESCHWERDEN UND VORGESCHICHTE (V.2.0 – 202303)

NAME, VORNAME.....
GEBURTSDATUM.....
TELEFONNUMMER.....
E-MAIL-ADRESSE.....
ARBEITGEBER.....
TELEFON ARBEIT.....



Liebe Patientin, lieber Patient,
um Sie als PatientIn in unserer Praxis gut und umfassend betreuen zu können, ist uns ein genaues Verständnis Ihrer Beschwerden und Ihrer Vorgeschichte (und damit auch aller Begleitfaktoren, die Einfluss auf Erkrankungen haben) sehr wichtig. Damit wir auch in Zukunft auftretende Beschwerden in das Gesamtbild einordnen können, bitten wir Sie, sich für die folgenden Fragen etwas Zeit zu nehmen und auch die Einverständniserklärungen zu beachten. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und sind freiwillig.
Fragen Sie bitte bei Unklarheiten gerne in unserem persönlichen Gespräch nach.

Sozialanamnese

Lebensumstände:

- alleine lebend (Ehe-)Partnerschaft
 Witwe(r) bei Eltern/Kindern

Berufliche Tätigkeit:

Erlerner Beruf.....
Aktuelle Tätigkeit.....
 arbeitslos berentet

Schwerbehinderung:%

Pflegegrad:%

Körpermaße:

Gewicht: kg

Größe: cm

Vegetative Anamnese

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|--------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|
| Appetit | wenig | <input type="checkbox"/> | viel |
| Trinkmenge | wenig | <input type="checkbox"/> | viel |
| Verdauung | selten | <input type="checkbox"/> | häufig |
| Wasserlassen | selten | <input type="checkbox"/> | häufig |
| Schwitzen | selten | <input type="checkbox"/> | häufig |

Alkoholkonsum:

- täglich _____ alkoholische Getränke
 wöchentlich _____ alkoholische Getränke

Nikotinkonsum:

- Raucher EX-Raucher Nie
Schachteln/Tag..... Raucher seit (Jahr).....

Schwangerschaften:

Anzahl _____
Geburten _____

Kinder:

1. m w Geb.datum:
2. m w Geb.datum:
3. m w Geb.datum:

Krankheiten in der Familie (Eltern/Kinder/Geschwister)

- Herzinfarkt Schlaganfall
 Bluthochdruck Diabetes
 Psychische Erkrankungen Suizid
 Krebs
 Sonstiges

Allergien

Medikamente/med. Stoffe

- Penicillin Aspirin
 Diclofenac (Voltaren) Kontrastmittel
 Jod
 Sonstige Medikamente.....

Naturallergene /Arbeitsstoffe/etc.

- Hausstaubmilben Pollen
 Sonstiges.....

Drogenkonsum

- nein ja
Wenn ja, welche?.....

NEUPATIENT

FRAGEBOGEN ZU BESCHWERDEN UND VORGESCHICHTE (V.2.0 – 202303)

Vorerkrankungen

Herz-Kreislauf-System

- Herzinfarkt
 - Bluthochdruck
 - Vorhofflimmern
 - Thrombose
 - Herzschrittmacher
 - Sonstige
 -
 -
- KHK (z.B. Stent)
 - Herzschwäche
 - Klappenfehler
 - Schaufensterkrankheit (AVK)

Lunge/Atemwege

- COPD
 - Tuberkulose
 - Sonstige
- Asthma
 - Schlafapnoe

Stoffwechsel

- Diabetes (Zucker)
 - Struma (Kropf)
 - Sonstige
- Cholesterin ↑
 - SD-Unterfunktion

Magen/Darm

- häufig Gastritis
 - Säurerückfluss (Reflux)
 - Hämorrhoiden
 - Polypen
 - Gastroskopie (wann?).....
 - Koloskopie (wann?).....
 - Krebs (welcher, wann?).....
 - Sonstige:
- Magengeschwür
 - Darmdivertikel
 - Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

Leber/Bauchspeicheldrüse

- Virushepatitis (B/C)
 - Gallensteine
 - Krebs (welcher, wann?).....
 -
 - Sonstige
- Leberzirrhose
 - Pankreatitis

Nieren/Geschlechtsorgane

- Nierensteine (li/re)
 - Nierenentzündungen
 - Prostatavergrößerung
 - Gebärmutter-/Eierstockerkrankung:
 - Krebs (welcher, wann?)
 -
 - Sonstige
- Niereninsuff.
 - Inkontinenz
 - Harndrang

Chronische Schmerzen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VAS: keine sehr stark
Wo:.....

Psychische Erkrankungen

- Depressionen
 - Suizidversuch
 - Sucht
 - Sonstige
- Angsterkrankung
 - Essstörungen
 - Zwänge

Nervensystem

- Schlaganfall
 - Alzheimer/Demenz
 - MS
 - Polyneuropathie
 - Sonstige
- "Schlägle" (TIA)
 - Parkinson
 - Restless-Legs
 - Migräne

Andere Erkrankungen:

- Haut
- rheumatische Erkrankungen
-
- orthopädische Erkrankungen
-
- Augenkrankheiten
- Hörminderung/Schwerhörigkeit
- Sonstige

Operationen

- Blinddarm
 - Divertikel-OP
 - Knie-TEP (li/re)
 - Sonstige
- Mandeln
 - Gebärmutterentfernung
 - Hüft-TEP (li/re)

Letzte Vorsorge (Jahr)

- "Männervorsorge"
- Darmspiegelung.....
- "Frauenvorsorge"
- "Check-up"

Chronische Erkrankung

Während der letzten 12 Monate war ich in folgenden Quartalen regelmäßig bei meinem Hausarzt (auch wegen Dauermedikation):

- 1. Quartal ____ (Jahr) 2. Quartal ____ (Jahr)
- 3. Quartal ____ (Jahr) 4. Quartal ____ (Jahr)

NEUPATIENT

FRAGEBOGEN ZU BESCHWERDEN UND VORGESCHICHTE (V.2.0 – 202303)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir führen in unserer Praxis ein elektronisches Karteikarten-System. Um Ihre Daten klar zuordnen und gut und sicher speichern zu können, würden wir gerne ein Foto von Ihnen in unserer Kartei hinterlegen. Dies dient ausschließlich unserer internen Dokumentation. Zur Anfertigung dieses Fotos bitten wir Sie um Ihre schriftliche Zustimmung.

Einverständniserklärung für Anfertigung und Speicherung von Fotoaufnahmen

Bezeichnung der Fotoaufnahme: Portraitfoto

am: _____ (*Datum der Entstehung der Fotos*)

durch: Praxis im Kurpark, Dres. Remmel (*Veranlasser der Aufnahmen*)

Zweck: Speicherung der Fotos zur internen Dokumentation in der elektronischen Patientenakte

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

geboren am: _____,

mich damit einverstanden, dass die oben bezeichneten Fotoaufnahmen von mir angefertigt, zum genannten Zweck eingesetzt und gespeichert werden.

Die Aufnahmen dienen ausschließlich der internen Dokumentation und werden nicht veröffentlicht.

Diese Einverständniserklärung ist gegenüber dem Veranlasser jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Im Falle des Widerrufs werden die Aufnahmen von der jeweiligen Plattform entfernt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____