



PIVIMED

Hausarztpraxis in Detmold Pivitsheide

Dr. Frank Schädel & Christian Eiken

Liebe Patientin, lieber Patient,

Herzlich willkommen bei PIVIMED, Ihrer Hausarztpraxis in Pivitsheide. Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, möchten wir Sie gerne besser kennen lernen. Ihre Angaben werden uns helfen Sie umfassend und kompetent zu behandeln. Im Anschluss finden Sie eine Checkliste, damit Sie sicher sein können, alle erforderlichen Unterlagen eingereicht zu haben.

Bitte füllen Sie deshalb diesen Fragebogen möglichst umfassend aus. Sollten Fragen für Sie nicht relevant oder unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Bei Fragen von Ihrer Seite ist eine unserer Mitarbeiterinnen Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich.

Alle Ihre Angaben sind nur für unsere Praxis bestimmt, werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Allgemeines:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Verheiratet/ Ledig/ Kinder (Anzahl) _____

Adresse _____

Telefon Nummer (+Mobil Nummer) _____

Beruf / derzeitige Tätigkeit _____

Berufsgenossenschaft _____

Name und Telefonnummern von
Personen die im Notfall ver-
ständigt werden sollen _____

Liegt eine Patientenverfügung vor? _____

Wo sind Sie versichert? _____

Eigenanamnese:

1. Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt (gegebenenfalls Rückseite benutzen)?

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------|
| Bluthochdruck | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes mellitus 1 oder 2 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| Blutfetterhöhung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthma/ chronische Bronchitis | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| Osteoporose | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| Rheumaerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | _____ |
| Skeletterkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Hauterkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Herzerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Gefäßerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Krebserkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Nervenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Schilddrüsenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Magen-/Darmerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Nierenerkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Lebererkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Urologische Erkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Gynäkologische Erkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Seelische/psychische Erkrankungen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | welche? _____ |
| Sonstige Erkrankungen | | | Welche? _____ |
| Haben Sie infektiöse Erkrankungen (Hepatitis, HIV)? _____ | | | |

2. Sind bei Ihnen Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten bekannt? Keine
Wenn ja, welche?

Besitzen Sie einen Allergiepass? ja nein

3. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche und wie oft (gegebenenfalls Rückseite benutzen)?

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein, z.B. Marcumar, ASS? ja nein

4. Waren Sie schon einmal im Krankenhaus?

Sind Sie schon einmal operiert worden?

nein

Wenn ja, warum, wann und wo (gegebenenfalls Rückseite benutzen)?

5. Wurden Ihnen Implantate eingesetzt (z. B. Herzschrittmacher, künstliche Gelenke)?

ja nein

Wenn ja, welche, wann, welche Seite? (gegebenenfalls Rückseite benutzen)

6. Hatten Sie schon mal einen Unfall? ja nein

Wenn ja, wann, was ist passiert und haben Sie noch Beschwerden? (gegebenenfalls Rückseite benutzen)

7. Besitzen Sie einen Impfausweis? ja nein

Zeigen Sie uns bitte Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können.

Vegetative Anamnese:

Schlafstörungen		ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Gewicht	konstant	<input type="checkbox"/>	Abnahme	<input type="checkbox"/>	Zunahme <input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	normal	<input type="checkbox"/>	vermehrt	<input type="checkbox"/>	
Wasserlassen	normal	<input type="checkbox"/>	mit Brennen	<input type="checkbox"/>	nachts öfter <input type="checkbox"/>
Stuhlgang	normal	<input type="checkbox"/>	oft Durchfall	<input type="checkbox"/>	oft Verstopfung <input type="checkbox"/>
Rauchen	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel?		/pro Tag
Alkoholkonsum	nein	<input type="checkbox"/>	gelegentlich	<input type="checkbox"/>	regelmäßig <input type="checkbox"/>
					täglich <input type="checkbox"/>

Familienanamnese:

1. Ist/waren bei ihren Eltern oder Geschwister folgende Erkrankungen bekannt:

Bluthochdruck _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bei wem?
Diabetes mellitus _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bei wem?
Rheumaerkrankungen _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bei wem?
Herzerkrankungen _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bei wem?
Krebserkrankungen _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bei wem?
Seelische/psychische Erkrankungen _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Bei wem?

Sonstiges: z.B besteht eine gesetzliche Betreuung ?(gegebenenfalls Rückseite benutzen)

Zu Ihrem Vorstellungstermin möchten wir Sie bitten, uns möglichst im Vorfeld Ihre wichtigen medizinischen Daten zukommen zu lassen. Zudem **denken Sie bitte an unsere Datenschutzerklärung**, die sie bitte diesem Bogen unterschrieben und vollständig zufügen. In der unten stehenden Checkliste können Sie nochmal die Vollständigkeit Ihrer Unterlagen überprüfen.

Checkliste	Beigefügt	Nicht vorhanden
Relevante Arztbriefe aus den letzten Jahren		
Medikamentenliste		
Impfausweis		
Allergieausweis/Auskunft über Allergien		
Sonstige relevante medizinische Unterlagen		
<i>Datenschutzerklärung</i>		

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!
Wir freuen uns Sie kennenzulernen !

Ihr Team von PIVIMED