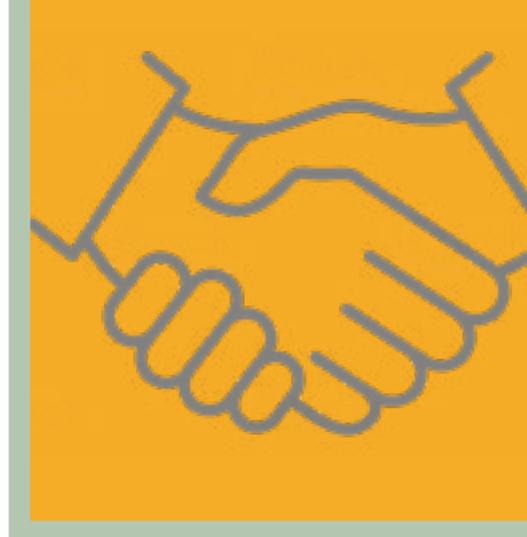


UNSER AUFNAHMEBOGEN

PERSÖNLICHE ANGABEN

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Strasse Hausnr., ggf. Stockwerk	_____ PLZ Wohnort
_____ Telefon zu Hause	_____ Telefon mobil
_____ Telefon geschäftlich	_____ Email
_____ Krankenkasse	_____ Versicherungsnummer



Sollte ich nicht erreichbar sein, kann der Kontakt in dringenden Fällen über folgende Person versucht werden:

Name, Vorname

Telefon

ALLGEMEINE DATEN

Alter

Jahre

Größe

cm

Gewicht

kg

W M D
Geschlecht

Beruf

Pflegestufe _____

Grad der Behinderung _____ ggf. Buchstabe _____

IHRE VORERKRANKUNGEN & GESUNDHEITSSTÖRUNGEN

<input type="checkbox"/> Asthma / COPD	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> psych. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung
<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Thromboseneigung
<input type="checkbox"/> Müdigkeit / Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Missempfindungen
<input type="checkbox"/> Traurigkeit / Angst	<input type="checkbox"/> Kontinenzprobleme	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> chron. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung (z. B. Rheuma, Mult. Sklerose)	
<input type="checkbox"/> chronische Schmerzen	Lokalisation _____	
<input type="checkbox"/> eingeschränkte Mobilität	Gehstrecke ohne Pause _____ Meter	Stockwerke ohne Pause _____
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Rollator o. ä.)	_____	
<input type="checkbox"/> Operationen (stationär)	_____	
<input type="checkbox"/> Allergien	_____	

Nutzen Sie bitte zusätzlich das **Anlageblatt** u. a. für folgende Angaben

Dauer- / Bedarfsmedikation **Bitte Medikamentenplan beilegen!**

regelm. Therapieeinheiten (z. B. Osteopathie, Physio-, Psychotherapie)

regelm. Facharzttermine Medikamentenunverträglichkeiten

IHRE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN (mit Jahresangabe)

Urologe/Gynäkologe _____ Hausarzt _____ Darmspiegelung _____

Hautkrebsscreening _____

IHRE LEBENSSITUATION

- alleinstehend getrennt lebend/ geschieden
 verwitwet in einer Beziehung / verheiratet
 alleine lebend gemeins. Haushalt Verhältnis, Alter _____

IHRE LEBENSGESTALTUNG

- Bewegung im Alltag (z. B. Radeln, Spazieren, Wandern...) Stunden pro Woche _____
 Sport im Alltag (z. B. Fitness, Joggen, Rennradeln, ...) Stunden pro Woche _____
 Ernährung / Diät (gemischt, vegetarisch, glutenfrei, ...) _____

IHRE FAMILIÄRE GESUNDHEIT

- Krebserkrankungen _____ Herzinfarkt, Schlaganfall
 Diabetes mellitus _____ Sonstiges _____
 Lungenerkrankungen _____

UNSERE BÜROKRATIE

Die praxiseigene Datenschutzrichtlinie habe ich gelesen und bin mit den dort beschriebenen Vorgehensweisen zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung einverstanden. J N

Mit der Weitergabe von Untersuchungsergebnissen oder Informationen über meinen Gesundheitszustand an mir nahe stehende, unten genannte Personen bin ich einverstanden. J N

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefonnummer

Sollte ich selbst nicht in die Praxis kommen können, bin ich mit der Ausgabe von Rezepten, Verordnungen oder ähnlichen Formularen an von mir beauftragte, aber hier nicht namentlich benannte Dritte einverstanden. J N

Ich bin einverstanden mit der ...

- ... Zusendung von Emails / Post zur Terminbestätigung und Terminerinnerung. J N
... Zusendung von Emails / Post zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen. J N
... Zusendung von Emails / Post mit Praxisinformationen. (max. 4x/Jahr) J N
... Durchführung von Videosprechstunden über zertifizierte (DGSVO-konforme) Portale. J N

Anlageblatt beigelegt

Augsburg, den _____ Unterschrift _____

ANLAGEBLATT

Wir möchten Ihnen Ihre bestehende Medikation zuverlässig in bisheriger Dosierung und Einnahme weiterverordnen. Hierfür benötigen wir einen aktuellen Medikamentenplan oder einen aktuellen Entlassbrief aus dem Krankenhaus (max. 3 Monate alt). Ebenso ist es wichtig auch zu wissen welche Medikamente Ihnen von anderen Ärzten verschrieben werden. Nur so lassen sich Wechselwirkungen oder Unverträglichkeiten vermeiden.

Bitte geben Sie auch regelhafte oder bedarfsangepasste Anwendung Sprays oder Salben an. Gleiches gilt für die Einnahme von Schmerz- oder Schlaftabletten.

Auch freiverkäufliche pflanzliche Präparate können die Wirkung anderer Medikamenten beeinflussen. Bitte benennen Sie auch diese. (Eintragungen ggf. unter „I“)

Medikamentenplan beigelegt Entlassbrief beigelegt

ggf. zusätzliche Präparate, die nicht auf dem Medikamentenplan stehen

Präparatename	Stärke [mg]	Einnahmezeitpunkt

IHRE FACHÄRZTE

Name	Fach

IHRE THERAPIEN

Einrichtung / Therapeut	Art /Grund

IHRE UNVERTRÄGLICHKEITEN / SONSTIGES

Augsburg, den _____

Unterschrift _____