

Patientendaten

Name, Vorname: geb. am

▶

Anschrift:

▶

.....

▶

.....

▶ Kasse

▶ e-mail:

↳ Telefon: mobil:

Geschlecht Alter Familienstand Kinder

▶

Beruf – Tätigkeit

▶

Größe Gewicht BMI

Ich möchte über aktuelle Angeboten (Kurse, usw) der Praxis informiert werden

Per e- mail Ja Nein

Patientenerklärung

▶ Behandelnder Arzt:

▶ Zuweisender Arzt:

Hausarzt:

▶

Diagnose:

▶

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht und Frau Wohlfrom entbinde ich von der Schweigepflicht ggü der Krankenkasse bzgl. Der Antragsstellung

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten von der Praxis Wohlfrom, gespeichert werden. Meine Angaben sollen nach den gültigen Datenschutzbestimmungen (Mai 2018) nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ja Nein

Datum, Unterschrift:

▶

⇒

⇒

⇒

⇒

⇒

⇒

Einzugsermächtigung Ja Nein

Patientenfragebogen

Die Angaben zu ihrer Person und ihrer Krankengeschichte dienen der Klärung, ihres Krankheits- und Beschwerdebildes. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Bitte kreuzen Sie das jeweils zutreffende Feld an und nennen Sie konkrete Angaben im freien Feld dazu.

- Erhöhte Blutfettwerte seit: Ges.-Chol.: HDL: LDL: Triglyceride:.....
- Erhöhter Blutdruck seit derzeit typische Werte Medikation
- Herzerkrankung welche / seit
- Schlaganfall/ Herzinfarkt wann
- Diabetes Typ I Typ II Insulinpflichtig seit
- Übergewicht/Untergewicht seit
- Gewichtsschwankungen (z.B. Gewicht vor 10 Jahren, vor 5 Jahren, heute)

Lauf. Termine	Datum	Gewicht/kg	BMI	Sonstiges
1				
2				
3				
4				
5				

- Erhöhte Harnsäurewerte seit
- Verdauungsprobleme Art (z.B. Blähungen usw.) / seit
- Probleme mit Stuhlgang Art (z.B. Verstopfung, Durchfall) / seit
- Probleme mit Harnlassen (Art, z.B. Brennen, nächtl. Harndrang u.a.) / seit
- Erkrankungen des Verdauungstraktes (Magen-Darm- Leber-Galle- Bauchspeicheldrüse) welche / seit

-
- Nierenerkrankungen Art / seit
- Osteoporose seit Medikamente
- Rheuma seit Medikamente
- Krebserkrankungen Art / wann / Maßnahmen
- Allergien Art (z.B. Pollen, Hausstaub, Nahrungsmittel...)
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten wogegen / seit
- Hauterkrankungen Art / seit
- Schilddrüsenerkrankung Art (z.B. Über- / Unterfunktion) / seit Medikamente
- Sonstige Erkrankungen Art / seit / Medikamente

-
- Noch nicht genannte Medikamente Welche?
- Nahrungsergänzungsmittel Welche?
- Nikotin / Alkoholkonsum derzeit Was? Tägl. Menge?

- Bauch-Operationen Art / wann
- Psychotherapie Weshalb / wann
- Schwangerschaft seit
- Regelblutung Zyklus regelmäßig? Abstand?
- körperliche Aktivität 0 -1 x pro Woche 2 – 4 x pro Woche täglich
je 0,5 – 1,0 Std. je 1,0 - 2,0 Std. je 2,5 - 4,0 Std.

Bitte bringen Sie, wenn vorhanden aktuelle medizinische Untersuchungsergebnisse mit in die Beratung

Blutbild vom: Allergietest vom: Medikamentierung aktuell:

Besondere Umstände, belastende Lebenssituation: Art / seit

.....

.....

.....