Hausärztlich-Internistische Praxis. Dr. Th. Paolazzi

Gutenbergstr. 2a
56112 Lahnstein

Patientenaufnahme

Patientendaten

(Bitte leserlich schreiben)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

_____

Krankenkasse: _____

Name + Geb. Datum
Hauptversicherter: _____

Telefon privat: _____dienstlich _____

Telefon mobil: _____

E-Mail-Adresse: _____

Arbeitgeber: _____

Notfallkontakt: _____

Lahnstein, den _____ _____
Unterschrift

Hausärztlich-Internistische Praxis. Dr. Th. Paolazzi

Gutenbergstr. 2a
56112 Lahnstein

Fragebogen zur Vorgeschichte

_____ _____
Name, Vorname *Datum*

_____
Größe in cm / Gewicht in kg

Gibt oder gab es in Ihrer Vorgeschichte:	ja / nein	**Zeitpunkt? Weit. Angaben?**
Herzerkrankung	☐ ☐	_____
Bluthochdruck	☐ ☐	_____
Durchblutungsstör./Schlaganfall/ Thrombosen/Lungenembolien	☐ ☐	_____
Erkrankung der Lunge/Bronchien	☐ ☐	_____
Zuckerkrankheit/Diabetes	☐ ☐	_____
Gicht	☐ ☐	_____
Blutfett-Erhöhung	☐ ☐	_____
Nieren-Erkrankung/Steine	☐ ☐	_____
Magen/Zwölffingerdarm Geschwür	☐ ☐	_____
Schilddrüsenkrankheit	☐ ☐	_____
Krebsleiden	☐ ☐	_____
Grauer/Grüner Star, Operation	☐ ☐	_____
Psychiatrische Erkrankung	☐ ☐	_____
Schlafstörung	☐ ☐	_____
Nikotin (Zigaretten pro Tag)	☐ ☐	_____

Hausärztlich-Internistische Praxis. Dr. Th. Paolazzi

Gutenbergstr. 2a
56112 Lahnstein

- Alkohol ☐ ☐ _____

Operationen: ja / nein

- Mandeln ☐ ☐ _____
- Schilddrüse ☐ ☐ _____
- Herz ☐ ☐ _____
- Gallenblase/Blinddarm/sonstige Bauchoperationen ☐ ☐ _____
- Gelenke/Gelenkersatz ☐ ☐ _____

Allergien/ ja / nein
Medikamenten-Unverträglichkeit: ☐ ☐ _____

Sonstige wichtige Angaben:

Medikamente:

Hausärztlich-Internistische Praxis. Dr. Th. Paolazzi

Gutenbergstr. 2a
56112 Lahnstein

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden -§73 Abs. 1 b SGBV

Durch den Patienten auszufüllen!

…….
Name, Vorname

…….
Geburtsdatum

…….
Krankenkasse

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zu Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
  Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt.
  Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.
  Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
  Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

…….. ……..
Ort Datum

……..
Unterschrift des Patienten