



Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,
willkommen in unserer Praxis. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl fühlen. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Akte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich hierfür Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Angaben:

Name Vorname	
Straße/Nr. PLZ/Ort	
Telefon	
Krankenkasse	
Mitglied ☐	Familienmitglied ☐
Rentner ☐	Zuzahlungsbefreit ☐
	Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:
Name	
Telefon	

Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahestehende Personen:

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon
1.		
2.		
3.		

Datum, Unterschrift

Freiwillige Angaben:

Beruf/Tätigkeit Anzahl Kinder
Arbeitgeber Familienstand

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine (z.B. Impfungen oder Vorsorgetermine). Je nach dem melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

☐ Ja, bitte informieren Sie mich ☐ Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

Datum, Unterschrift

Ihre Vorgeschichte:

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:

Operationen? Welche? Wann?

Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche?

Sonstige Erkrankungen:

Ihre Medikamente (BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN): ☐ Medikamentenplan vorhanden

Name	Dosierung	Morgens	Mittags	Abends