

Patienten-Erhebungsbogen

Name	Vorname	Geburtsdatum	Pat.-ID
-------------	----------------	---------------------	----------------

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen aus.

Beruf	Festnetz	Handy
--------------	-----------------	--------------

E-Mail	Größe (cm)	Gewicht (kg)
---------------	-------------------	---------------------

(zutreffendes ankreuzen, bei Mehrnennungen zudem zutreffendes unterstreichen, auch Freitext)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (Hypertonie) | <input type="checkbox"/> koronare Herzkrankheit (KHK) | <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Herzinsuffizienz) |
| <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern (VHF) | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis (COPD) |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenschwäche (CNI) | <input type="checkbox"/> Art. Verschlusskrankheit (AVK) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie (PNP) |
| <input type="checkbox"/> Refluxkrankheit (GERD) | <input type="checkbox"/> Fettleber (NAFL) | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis (RA) |
| <input type="checkbox"/> Lupus erythematodes (SLE) | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose (MS) | <input type="checkbox"/> M. Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demenz | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom) |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher (PM) | <input type="checkbox"/> Defibrillator (ICD) | <input type="checkbox"/> Herzbypass (ACVB) |
| <input type="checkbox"/> Aortenklappenersatz (AKE) | <input type="checkbox"/> Mitralklappenersatz (MKE) | <input type="checkbox"/> Aortenprothese |
| <input type="checkbox"/> Dialyse (TNI) | <input type="checkbox"/> Plasmapherese | <input type="checkbox"/> Gelenkprothese: _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis B / Z. n. | <input type="checkbox"/> chronische Hepatitis C / Z. n. |
| <input type="checkbox"/> Penicillinallergie | <input type="checkbox"/> anderes: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Latexallergie | <input type="checkbox"/> Nickelallergie | <input type="checkbox"/> Zöliakie (Gluten) |
| <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz (LTT) | <input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz (FTT) | <input type="checkbox"/> Sorbitintoleranz (STT) |
| <input type="checkbox"/> Nikotinabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Alkoholabhängigkeit | <input type="checkbox"/> Drogenabhängigkeit |

Operationen: _____

Medikamente: _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (insbesondere Gesundheitsdaten, Diagnosen, Therapieansätze, Befunde) in der Patientenakte einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Falle einer Behandlung durch einen Assistenten, einen Vertreter oder, im Falle eines Praxisverkaufes, vom Nachfolger verwendet werden dürfen. Ich stimme zu, dass mein Hausarzt, der überweisende Arzt, bzw. der weiterbehandelnde Arzt/die weiterbehandelnde Klinik von meinem Befund unterrichtet werden.

Pohlheim, den

Unterschrift: