

**Dr. med. Jan Christoph Emden**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Dr. med. Inge Marie Thölken**  
Fachärztin für Innere Medizin

Udo-Peters-Weg 6 · 27726 Worspewede · 04792-95539-0 · fax 04792-95539-11

[www.dremden@t-online.de](mailto:www.dremden@t-online.de)

**Liebe Patientinnen, liebe Patienten,**

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie folgenden Fragebogen auszufüllen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. Festnetz: \_\_\_\_\_ Tel. Nr. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Bezugsperson  Ehemann/Ehefrau  Mutter/Vater  Tochter/Sohn  Schwester/Bruder  \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. Festnetz: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Berufs- und Lebenssituation

Sie sind  Schüler/Student  Hausfrau  Rentner  berufstätig als \_\_\_\_\_

Bei Firma: \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-) Leben?  nein  ja \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Prozent

Sie sind  ledig  verheiratet  geschieden/getrennt lebend  verwitwet

Haben Sie Kinder?  nein  ja: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsjahr(e) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol?  nein  gelegentlich  regelmäßig

Benötigen Sie ein(e)  Hörgeräte  Brille/Kontaktlinsen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

Bluthochdruck  Herzrhythmusstör.  Herzinfarkt  Schlaganfall  KHK

Thrombose  Lebererkrankung  Nierenerkrankung  Asthma/COPD

Gemütskrankheit  Schilddrüsenerkr.  Diabetes mellitus  Krampfanfälle

Migräne  chron. Infektionen  Rheuma  Osteoporose  Arthrose

Krebserkrankung  Glaukom  Blutungsneigung  Hepatitis  HIV

Masern  Mumps  Röteln  Keuchhusten

Tuberkulose  Windpocken  Sonstige \_\_\_\_\_

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck       Demenz/Alzheimer       Herzerkrankungen       Schlaganfall  
 Thrombose       Krebserkrankungen       Asthma/COPD       Diabetes mellitus  
 Allergien       Sonstiges \_\_\_\_\_

Ernährungsweise?  Mischköstler  Ovo-lacto Vegetarier  Ovo Vegetarier  Lacto Vegetarier  Veganer

Sind Sie schwanger?       ja  nein

Haben Sie Haustiere?       ja  nein      Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schnarchen Sie?       ja  nein      Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt?  ja  nein

Treiben Sie Sport?       ja  nein      Wenn ja, welchen und wie oft? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Schlafstörungen?  ja  nein      Wenn ja, wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_

Neigen Sie zu?  Kopfschmerzen  Rückenschmerzen  Gelenkschmerzen  Bauchschmerzen

Erschöpfung  Durchfall       Verstopfung       Übelkeit       Traurigkeit

Müdigkeit       Schwindel       Atemnot       Gedächtnisschwäche

Operationen/Bestrahlung/Chemotherapie?  ja  nein      Wenn ja, welche(wenn möglich m. Jahreszahl):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergien?       ja  nein      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit?       ja  nein      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nahrungsmittelunverträglichkeit?       ja  nein      Wenn ja, welche?

Ist eine Berufskrankheit bekannt?       ja  nein      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie?

Medikamente	morgens	mittags	abends

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!**

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Dr. med. Jan Christoph Emden**

Facharzt für Allgemeinmedizin

**Dr. med. Inge Marie Thölken**

Fachärztin für Innere Medizin

Udo-Peters-Weg 6 · 27726 Worpswede · 04792-95539-0 · fax 04792-95539-11

[www.dremden@t-online.de](mailto:www.dremden@t-online.de)

## **Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V**

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 anderen Hausarzt, einem Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Facharzt 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 Facharzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt meine medizinischen Daten länger als 10 Jahre aufbewahrt.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Worpswede, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt