

Dr. med. Jan Christoph Emden
Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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 _____

Bitte wenden !

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. Jahrezahl):

Allergien? ja nein Wenn ja, welche? _____

Medikamentenunverträglichkeit? ja nein Wenn ja, welche? _____

Nahrungsmittelnunverträglichkeit? 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

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

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