

## Datenblatt für neue Patient\*innen

Herzlich willkommen in unserer Ordination! Um Ihnen die bestmögliche medizinische Betreuung zu gewährleisten, bitten wir Sie, dieses Patientendatenblatt sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben unterliegen den Datenschutzbestimmungen und werden vertraulich behandelt. Bei Fragen während des Ausfüllens stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mitarbeit!

Neue Patientin / Neuer Patient

Vertretungspatient\*in

Vorname		Titel	
Nachname		Geburtsdatum	
SV-Nummer		Geschlecht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D
Adresse			
Ort		PLZ	
E-Mail		Telefon	
Dienstgeber			
Name Notfallkontakt		Telefon Notfallkontakt	
Hausarzt	Nur Vertretungspatient*innen	Private Zusatz- Versicherung	Falls vorhanden

Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liste der Allergien			
Wie groß und wie schwer sind sie in etwa?	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt		
Größe:                      cm, Gewicht:                      kg			
Haben Sie eine Infektionskrankheit?	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zum Beispiel: HIV, Hepatitis,			
Sind Sie Angstpatient*in?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Zum Beispiel: Spritzen, Blutabnahme,...			
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Impfstatus aktuell?	<input type="checkbox"/> Keine Angabe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Hatten Sie bereits Operationen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liste der Operationen, z.B. Blinddarm, Mandeln, Gallenblase,...		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liste der Medikamente mit Angabe von Milligramm Einnahmezeitpunkt z.B. Lisinopril 5mg 1-0-0		
Haben Sie Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Liste der Vorerkrankungen, z.B. Diabetes, arterielle Hypertonie, Krebs,...		
Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/> Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liste der Erkrankungen in Ihrer Familie, z.B. Diabetes, arterielle Hypertonie, Krebs,...		
Wann war Ihre letzte Blutabnahme?	<input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr	
Datum falls bekannt		
Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?	<input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr	
Datum falls bekannt		
Welche ist ihre bevorzugte Apotheke?		
<input type="checkbox"/> Birkenapotheke <input type="checkbox"/> Vitalapotheke <input type="checkbox"/> andere:		
Kommentare / Feedback / Anregungen		
Hier können Sie alles Eintragen, dass oben keinen Platz hatte oder wichtig wäre und nicht abgefragt wurde.		

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift