



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit.

Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer

**Unterschrift am Ende des Dokumentes.**

**Bitte lesen und unterschreiben Sie auch die Erklärung auf der Rückseite!**

Name

Vorname

geb. am

Straße/Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon privat

E-Mail

Mobil

Beruf

**Rauchen Sie?**

ja  nein

Wenn ja, wie viel am Tag? .....

**Treiben Sie Sport?**

ja  nein

Wenn ja, Stunden pro Woche an wie viel Tagen? ...../.....

**Leiden Sie unter Schlafstörungen?**

ja  nein

Wenn ja, an wie vielen Nächten pro Woche? .....

**Operationen/Bestrahlungen?**

ja  nein

Wenn ja, welche (wenn möglich, mit Jahreszahl):

**Allergien?**  ja  nein Wenn ja, welche: .....

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?**

- |  |   |                                      |  |                                    |
|--|---|--------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Thrombose              | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen     | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose      | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Reizdarm    | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> HIV       |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung       | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung        | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Glaukom       | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

**Traten in Ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?**

- |   |                                    |                                      |  |                                   |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                                | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall            | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen, wenn ja Wer und wo: ..... |                                    |                                      |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD                                  | <input type="checkbox"/> Arthrose  | <input type="checkbox"/> Migräne     | <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche ..... |                                   |

**Welche Medikamente nehmen Sie?** .....

**Darmspiegelung?**  ja, zuletzt: .....  nein

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?** ..... **Wann war die letzte Gesundheitsuntersuchung?** .....

**Dürfen wir Sie an Vorsorgetermine erinnern?**  ja  nein

**Zusätzliche Fragen an unsere Patientinnen:**

- |   |  |
|---|--|
| Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Verhütungsmittel (z.B. Pille)   |
| Anzahl Schwangerschaften: .....   | Anzahl Geburten: .....   |
| Entbindung: <input type="checkbox"/> Normal                                   | <input type="checkbox"/> Zange/Saugglocke <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Komplikationen |
| Datum letzte Regelblutung? .....  | Dauer der Regelblutung: ..... Abstände der Regel: .....  |
| Mammographie: <input type="checkbox"/> ja, zuletzt: .....                     | <input type="checkbox"/> nein  |

**Wennigen, den** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

**BITTE WEITER AUF DER RÜCKSEITE!**

## Einwilligungserklärung

Dr. med. Gabriela Stammer, Dr. med. Lothar Kindermann und Markus Laube mit Dr. med. Karen Strehlow, sowie Marie Christin Bullerdiek betreiben eine Praxisgemeinschaft unter dem Namen „Ärztepraxis Klosteramthof“ in den Praxisräumen Klosteramthof 1, 30974 Wennigsen.

Die für die Tätigkeiten erforderlichen Daten wie Patientendaten, Krankenunterlagen, Befunde und Aufzeichnungen werden gemeinsam verwaltet.

Die Organisation, insbesondere das IT-System ist so ausgerichtet, dass die ärztliche Schweigepflicht gewahrt wird.

Unter Hinweis auf die geschilderte Organisation der Praxisgemeinschaft bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift folgendes:

1. Ich bin über die Organisation als Praxisgemeinschaft und die gemeinsame Führung von Patientenakten hingewiesen worden.
2. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sämtliche Patientenakten, sowohl die manuell geführte, als auch die mittels EDV archivierte Patientenakte, von den jeweils behandelnden Ärzten eingesehen werden dürfen.
3. Ich entbinde die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht gegenüber den anderen Ärzten in der Praxisgemeinschaft.

**Widerrufsrecht: mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**

Wennigsen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift