



## Aufnahmebogen

1)  
 Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Telefonnummer: \_\_\_\_\_ (privat) \_\_\_\_\_ (dienstlich)  
 Email (falls vorhanden) \_\_\_\_\_

2)  
 Kontaktperson im Notfall: \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad: \_\_\_\_\_  
 Patientenverfügung                      Nein                       Ja   
 Patientenvollmacht                      Nein                       Ja

3)  
 Ehemalige/r Hausarzt/Ärztin: \_\_\_\_\_  
 Besteht eine Einschreibung im HZV?    Nein                       Ja   
 (Hausarztzentrierte Versorgung)

4)  
Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten?

Masern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Windpocken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Scharlach	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

5)  
Operationen?

Blinddarm	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Mandeln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenkersatz	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges:	_____	
	_____	



6)

<b><u>Vorerkrankungen?</u></b>	Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Herzkrankheit (Infarkt/Rhythmusstörung)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Blutungsneigung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Blutarmut	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Harnsäurestoffwechselstörung, Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Rheuma/Gelenkerkrankung / Arthrose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	HIV – Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Schilddrüsen – Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____		

7)

<b><u>Allergien gegen?</u></b>	Penicillin	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Aspirin-Acetylsalicylsäure	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Blütenstaub	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Tierhaare	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hausstaubmilben	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Metalle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Nahrungsmittel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Wenn ja, welche? _____		
	_____		
	Sonstiges: _____		
	_____		

8)

Vorsorge/Check-up zuletzt am: \_\_\_\_\_

9)

Erfolgte Impfungen: \_\_\_\_\_

Impfpass vorliegend?                      Nein                       Ja



10)

Bestehende Schwangerschaft?

Nein Ja  \_\_\_\_\_ SSW

11)

Aktuelle Medikamenteneinnahme?

Nein Ja 

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

---



---



---



---

12)

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

---



---

13)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Durch Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Telefonbuch Ja Internet: Ja 

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertendaten) zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden.

- Auftragslaboratorien\* zum Zweck der Untersuchung erforderlicher labormedizinischer Parameter
- Pathologie zum Zwecke der Untersuchung von Gewebe und Materialproben
- Apotheke: bei vom Patienten gewünschter Übermittlung von Rezepten an Patienten-Apotheke
- Andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die Ärztekammer im Rahmen von Arztbriefen, Überweisungen, Behandlungsanfragen, Verordnungen, Reha- und Kurverfahren etc. (es werden auch Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen nach Erfordernis übermittelt)

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende (Behandlungs-) Daten und Befunde bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert sowie die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mit- oder weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden. Zusätzlich darf folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten gegeben werden.

Zusätzlich darf folgenden Personen (z. B. telef.) Auskunft bzgl. meiner Daten gegeben werden und/oder bestellte Befunde oder Rezepte/Überweisungen entgegen nehmen

-----

Datenaustausch per Email    Ja  Email-Adresse: \_\_\_\_\_ Nein

Ich bin berechtigt gemäß SGB V diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen

-----  
Datum, Unterschrift

\*Die genauen Anschriften sind beim Personal an der Anmeldung zu erfragen.

<b>Praxis MS-Zentrum</b>	Rothenburg 43-44	48143 Münster	<b>Fon</b> 0251 - 26 55 399	<b>Fax</b> 0251 - 26 55 398
<b>Praxis MS-Nienberge</b>	Gartenstiege 10	48161 Münster	<b>Fon</b> 02533 - 3001	<b>Fax</b> 02533 - 3008

Allgemeinmedizin • Allergologie • Akupunktur • Neuraltherapie • Palliativmedizin • Naturheilverfahren • Chirotherapie • Sportmedizin • Säuglinge • Kleinkinder • Sonographie • Doppler-Sonographie • Echocardiographie • Ambulante Operationen • Psychosomatik • Präventive Medizin • Reisemedizin • Ganzheitliche Schmerztherapie • Hausbesuchsmanagement/VERAH • Rettungsmedizin • aerzte-ms.de • info@aerzte-ms.de