



**HAUSÄRZTLICHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS WENDEN
DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS
AKADEMISCHE LEHRPRAXIS DER MEDIZINISCHEN
HOCHSCHULE HANNOVER**

IM STEINKAMPE 1, 38110 BRAUNSCHWEIG / WENDEN

TEL.: 05307-2229

FAX.: 05307-4490

www.hausarzt-wenden.de

SPRECHZEITEN:

Mo, Di, Do.: 8-19:00 Uhr

Mi, Fr: 8-16:30 Uhr

Patientenaufnahmebogen

Sehr geehrte Patienten,

ein herzliches Willkommen in unserer Praxis. Für einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis, helfen uns die nachfolgenden Angaben sehr. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen auszufüllen und anschließend einer Mitarbeiterin in der Anmeldung zurückzugeben.

Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ggf. Geburtsname: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ/ Wohnort: _____

(2. Wohnsitz: _____)

Telefonnummer zu Hause: _____ geschäftlich: _____

Handy: _____ E-Mail: _____

Erkrankungen/ Diagnosen/ Operationen:

Medikamente, die sie dauerhaft einnehmen (Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z. B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate) : _____

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Liegt eine Patientenverfügung vor: o ja o nein

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen:

Name: _____ Tel.-Nr. _____

Schweigepflichtentbindung für Angehörige/ nahe stehende Personen

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren brauchen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

	Name	Verwandtschaftsgrad	Telefon
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

Datum, Unterschrift: _____