



**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: \_\_\_\_\_