

Patientenaufnahmebogen

Aktuelle Beschwerden:	
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Tel:	Mobil:
E-Mail:	
Größe:	Gewicht:
Beruf:	

! Bitte beachten Sie, dass wir nur Hausbesuche innerhalb der Samtgemeinde Hollenstedt durchführen können!

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck: | ☐ ja | ☐ nein |
| Herzerkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| Lungenerkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |
| Diabetes mellitus: | ☐ ja | ☐ nein |
| Schilddrüsenerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Nierenerkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Krampfadern | ☐ ja | ☐ nein |
| Weitere Vorerkrankungen | ☐ ja | ☐ nein |

Haben Sie weitere Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?☐ ja ☐ nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Unverträglichkeiten auf:

Leiden Sie an Allergien?☐ ja ☐ nein

Wenn ja, listen Sie Ihre Allergien auf:

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

Datenschutzeinwilligung:

Hiermit bestätige ich, dass ich die aktuelle Datenschutzverordnung (DS-GVO) von der Estetal-Praxis Hollenstedt erhalten und gelesen habe.

Name des Patienten:

Hollenstedt, _____

Unterschrift: _____

Schweigepflichtentbindungserklärung:Name des Patienten: VersVorname VersName

Ich entbinde die Estetal-Praxis Hollenstedt von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde an folgende Stellen mitgeteilt werden dürfen.

- andere Ärzte und Kollegen
- Familienangehörige
- Versicherungen / Krankenkassen

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen darüber hinaus explizit an die **folgenden Angehörigen/Lebensgefährten/Freunde** weitergegeben werden dürfen:

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Mir ist bekannt, dass ich die erteilte Schweigepflichtentbindung jederzeit widerrufen kann.

Hollenstedt, Tagesdatum

Unterschrift: _____