

## **Herzlich willkommen in unserer Arztpraxis.**

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe. Bitte füllen Sie den nachfolgenden **Patienten-Bogen** möglichst vollständig aus und legen -soweit vorhanden- Impfausweis, Medikamente (-Plan?), Nothilfepass, Falithromausweis, Schrittmacherausweis,.... bereit.

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Telefon privat:

Telefon beruflich:

e-mail:

erlernter Beruf:

Arbeitsstelle(n):

Familienanamnese (Herz-Kreislaufkrankungen, Allergien, Krampfleiden, Tumorerkrankung, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Erbkrankheiten, ... bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern?):

Allergie (Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen, Asthma; -Allergiepass?-):

Welche Risiken müssen bei Ihrer Therapie berücksichtigt werden? Rauchen\_\_ Alkohol\_\_ Drogen\_\_

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?: (Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen [Diabetes, Fette, Gicht], Probleme mit Herz, Lunge, Magen, Darm, Leber, Niere, Schilddrüse, Gelenken, Augen, Wirbelsäule, Rheuma, Tumorerkrankung, Schlaganfall, Krampfleiden, Nervenerkrankung, Haut, schwere Unfälle, ansteckende Erkrankungen,...):

Operationen (Blinddarm, Darm, Magen, Galle, Mandeln, Schilddrüse, Schrittmacher, Hüfte, Knie,...):

Vorsorgeuntersuchungen (Check-up. Krebsvorsorge)? wann letztmalig?

mitbehandelnde Ärzte (Urologe, Kardiologe, Orthopäde, Neurologe, Gynäkologe, Augen-, Hautarzt, Psychiater,...):

(für Frauen): Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft (Ja/nein)?

Wir weisen Sie darauf hin, dass die mitgegebenen Originalbefunde (Befunde, Arztbriefe,...) von Ihnen sorgfältig aufbewahrt werden müssen.

Für Wundbehandlungen ist teilweise eine Photodokumentation erforderlich.

Im Falle einer Prüfung oder Anforderung dieser Photodokumente (z.B. für die Genehmigung kostenintensiver Verbandstoffe oder Einsatz ambulanter Pflegedienste) erlaube ich die Weitergabe der Photos an die Krankenkasse ja ( ) nein ( ).

Ich erkläre hiermit, dass ich im Falle der Verordnung von Arzneimitteln die Informationen des Herstellers (Waschzettel, Produktinformation) lese und beachte. Ich versichere, dass ich bei Kontraindikationen oder Sachverhalten aus meinem persönlichen Umfeld oder sonstigen Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol, Schwangerschaft, Arzneimittel) vor einer Einnahme Rücksprache mit Herrn Dr. med. Lars Schirmer halte.

Sofern es sich bei dem Patienten um ein Kind handelt, bestätige ich, dass ich für das Kind das volle Personensorgerecht habe.

Unterschrift des Patienten oder Personensorgeberechtigten: \_\_\_\_\_