

## Fragebogen für Patienten



**AmBeNet Hausarztpraxis**  
Das Ambulante BehandlungsNetz

Dr. Dr. med. Hans-Detlev Stahl/ Susanne Prawitt  
und Dr. med. Lena Rothe

Name, Vorname, Geburtsdatum:	heutiges Datum:	
Telefonnummer:	E-Mail:	
Beruf/momentane Tätigkeit:	Familienstand:	Kind/er, Jahrgang:
Größe:	Gewicht:	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (Empfehlung / Internet):	Name/Anschrift des bisherigen Hausarztes:	

**Aktueller Beratungsanlass / Beschwerden:** Wenn „Ja“, bitte ankreuzen!

<b>Fieber:</b>		
<input type="checkbox"/> Ja, ggf. wie hoch:                      °C	<input type="checkbox"/> Nein	
<b>Schmerzen:</b>		
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Hals / Nasen / Ohren	
<input type="checkbox"/> Nacken / Rücken (HWS / BWS /LWS)	<input type="checkbox"/> Brustkorb	
<input type="checkbox"/> Bauch / Unterleib	<input type="checkbox"/> Gelenke	
<b>Atemwege:</b>		
<input type="checkbox"/> Schnupfen	<input type="checkbox"/> Luftnot / Kurzatmigkeit	
<input type="checkbox"/> Husten	<input type="checkbox"/> Auswurf ( zäh / gelblich / grünlich / bräunlich )	
<b>Magen-Darm:</b>		
<input type="checkbox"/> Übelkeit / Erbrechen	<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Stuhlgang	
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl	
<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Schleim im Stuhl	
<b>Harnwege / Genitale:</b>		
<input type="checkbox"/> Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Ausfluss	
<input type="checkbox"/> Brennen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Erektionsprobleme	
<input type="checkbox"/> Blut im Urin	<input type="checkbox"/> Flankenschmerz	
<b>Augen:</b>		
<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Trockenes Auge	
<input type="checkbox"/> Rotes Auge	<input type="checkbox"/> Fremdkörpergefühl	
<b>Ohren:</b>		
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Tinnitus / Ohrgeräusche	
<b>Verletzungen / Wunden:</b>		
<input type="checkbox"/> Kopf	<input type="checkbox"/> Obere Extremität (Schulter/Arm/Hand)	
<input type="checkbox"/> Oberkörper	<input type="checkbox"/> Untere Extremität (Knie/Sprunggelenk/Fuß)	
<b>Lähmungen:</b>		
<input type="checkbox"/> Gefühllosigkeit	<input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen	
<b>Haut / Allergie:</b>		
<input type="checkbox"/> Ausschlag, ggf. wo?	<input type="checkbox"/> Jucken	
<b>Gewicht:</b>		
<input type="checkbox"/> Abnahme	<input type="checkbox"/> Zunahme	
<b>Psyche:</b>		
<input type="checkbox"/> Müdigkeit / Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit / Gedächtnisstörungen	

**Eigene Vorerkrankungen:** Ja oder Nein (Bitte ankreuzen.)

(besitzen Sie Arzt- oder Krankenhaus-Berichte? Wenn ja, **bitte mitbringen!**)

	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige seelische Störungen (PTBS etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Lungenerkrankung z.B. Asthma, COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliches Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen- oder Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose (Knorpelschwund d. Gelenke z.B. Knie, Hüfte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen der Harn ableitenden Wege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Infektionen, z.B. Hepatitis, AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress am Arbeitsplatz od. in Familie bzw. Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allergien oder Unverträglichkeiten:**

	Ja	Nein	Weiß nicht
Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blütenstaub, Pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tierhaare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausstaubmilbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sonstiges**

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Wurden bereits Operationen durchgeführt?**  Nein  Ja und zwar folgende:

Welche Operation?	Wann?	In welcher Klinik?

**Schwanger**  Ja  Nein  Nicht sicher

**Rauchen**  Ja  Nein

(Wenn Ja - Zahl der Zigaretten/Tag, seit wie viel Jahren?):

**Alkohol**  Ja  Nein

(Zahl der Gläser Bier, Wein, Spirituosen pro Tag?):

**Erkrankung bei Vater, Mutter, Schwester, Bruder):** Wenn „Ja“, bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt (wenn ja, in welchem Alter?)	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankung
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall (wenn ja, in welchem Alter)	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/>	Blutgerinnsel (in Bein oder Lunge)	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)
<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfette
<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen
<input type="checkbox"/>	Demenz / Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Depression, andere psychische Erkrankungen
Sonstige Erkrankungen:			

**Impfungen:**

Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** mit und legen ihn am Tresen vor!

**Medikamenteneinnahme:**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Nein  Ja und zwar folgende:

Name und Tablettendosis	morgens	mittags	abends	nachts

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit gelegentlich ein und wegen welcher Gesundheitsstörungen?

Name und Tablettendosis	Weshalb?

**Datum, Unterschrift**

## **Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung**

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a,  
Art. 7 DSGVO

---

### **Patient(in) Name, Vorname, Geburtsdatum**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KV Sachsen oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Labor, etc.) durch die oben genannte Praxis zu. Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von der Schweigepflicht entbunden wird und Auskünfte oder Berichte über mich an, mitbehandelnde Fachärzte und Krankenhäuser, meine Krankenkasse, das Gesundheitsamt sowie an folgende von mir bestimmte Personen (Vorname, Nachname) bzw. Institutionen weitergeben darf.

---

Ich bin damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde.

Ich bin damit einverstanden, dass ich per SMS od. e-mail an Termine erinnert werde.

Ich bin damit einverstanden, dass ich über klinische Prüfungen, die für mich u./od. meine Erkrankung/en zutreffend wären, informiert werde.

Meine patientenbezogenen Daten verbleiben in meiner Patientenakte und werden möglicherweise länger als 10 Jahre aufbewahrt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

---

**Datum, Unterschrift Patient**