

# Patientenbogen

## Neuaufnahme

**Praxis Brenner**  
Hausärztliche Versorgung

Hauptstraße 100 | 66583 Spiesen-Elversberg  
Telefon 06821 983 1300 | [www.brenner-praxis.de](http://www.brenner-praxis.de)



Nachname	Titel/Namenszusatz	
Vorname	Geburtsdatum	Körpergewicht/Größe
Geschlecht	Beruf	
Straße	PLZ/Ort	
Telefon	Telefon geschäftlich	
Email	Nächste/r Angehörige/r (mit Tel.)	
Bisheriger Hausarzt	Orthopäde	
Augenarzt	Urologe	
Gynäkologe	Sonstige	

Versicherung	Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	Beihilfegerecht <input type="checkbox"/>	Krankenkasse (Name)
--------------	-------------------------------------	---------------------------------	--	---------------------

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

- |                       |                             |                               |                         |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Bluthochdruck         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckerkrankheit   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gicht                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Magenerkrankung       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Gelenk-Rheuma           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Tumorerkrankung       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Tuberkulose             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | HIV                     | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankung       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Asthma                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hautkrankheit         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Herzkrankheit           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Liegen andere Vorerkrankungen bei Ihnen vor? Wenn ja, welche?

---



---

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe bekannt? Wenn ja, welche?

---



---

Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck Ja  Nein  Blutzuckerkrankheit Ja  Nein   
Fettstoffwechsel Ja  Nein  Herzinfarkt Ja  Nein   
Schlaganfall Ja  Nein  Krebs Ja  Nein

Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

Stuhlgang Normal  Durchfall  Verstopfung

Wasserlassen Normal  Nachts öfter als 1-2 mal

Gewichtsveränderung Keine  Zunahme  Abnahme   
\_\_\_\_\_ Kg in \_\_\_\_\_ Monaten \_\_\_\_\_ Kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Rauchen Sie? Ja  Nein  Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_ Seit wie vielen Jahren? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol? Ja  Nein  Was, wie oft und wie viel? \_\_\_\_\_

Sind sie schwanger? Ja  Nein  Vielleicht

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, nennen Sie uns das Präparat und die Dosis.	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht
Präparat				

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, Sie gewissenhaft zu betreuen.

**Bei minderjährigen Patienten:** Hat der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung des Erziehungsberechtigten notwendig:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Erziehungsberechtigter/ gesetzl. Vormund

**Datenschutz:** Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens zwei Tage im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient und Zahlungspflichtiger/Erziehungsberechtigter