



# Praxis Koblenzer Strasse

Diabetologische Schwerpunktpraxis  
Gelbfieberimpfstelle des Landes NRW

Bitte füllen Sie diesen Aufnahme-Bogen sehr sorgfältig aus. Nur wenn wir Ihre Erkrankungen und gesundheitlichen Besonderheiten kennen, können wir Sie optimal behandeln. Ihre Antworten werden von uns natürlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. **Vielen Dank !**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ ggf. Handy: \_\_\_\_\_

Im Notfall zu benachrichtigen .....

Arbeitgeber .....

### Schweigepflicht/Datenschutz:

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggfls. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind. Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisendem Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der Übersendung von Berichten einverstanden sind.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

**Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.**

| Überweisender Arzt – ist der Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |            |     | Mit Bericht einverstanden   |                               |
|---|------------|-----|-----------------------------|-------------------------------|
| Name  | Fachgebiet | Ort | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hausarzt (falls abweichend)   |            |     |                             |                               |
| Name  | Fachgebiet | Ort | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

### Hatten oder haben Sie folgende ...

#### ... Kinderkrankheiten?

- Masern  Röteln  Windpocken
- Mumps  Scharlach  \_\_\_\_\_

#### ... Operationen?

- Blinddarm  Mandeln  Sonstige: \_\_\_\_\_

#### ... Vorerkrankungen?

- Bluthochdruck  Blutzuckerkrankheit  Magenerkrankung
- Tumorerkrankung  Nierenerkrankung  Hautkrankheit
- Fettstoffwechselstörung  Harnsäurestoffwechselstörung
- Gicht  Gelenk-Rheuma  Tuberkulose
- Aids  Leberentzündung  Asthma
- Herzkrankheit  Psychische Erkrankung  Anfallsleiden
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**... Allergien gegen?**

- Penicillin                       Aspirin (ASS)                       Blütenstaub  
 Tierhaare                       Hausstaubmilben                       Nahrungsmittel\*  
\*Wenn ja, welche Nahrungsmittel? \_\_\_\_\_  
 Metalle                       Weiß nicht  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Familienvorgeschichte: Gab es in Ihrer Familie bereits ...**

- Bluthochdruck                       Zuckerkrankheit (Diabetes)  
 Fettstoffwechselerkrankungen    Herzinfarkt  
 Asthma                       Krebs

**Weitere Fragen zu Ihrem körperlichen Befinden:**

- Durst**                       Normal    Vermehrt  
**Appetit**                       Normal    Vermehrt  
**Stuhlgang**                       Normal    Vermehrt  
\*Wenn nicht normal,  
 Durchfall    Verstopfung  
\*Wenn Durchfall,  
 Mit Blut    Mit Schleim  
\*Wie oft am Tag? Wann? \_\_\_\_\_  
**Wasserlassen**                       Normal    Vermehrt  
\*Wenn nicht normal                       „Brennen“    Startschwierigkeiten  
 Nachts öfter als 1 - 2 mal  
**Gewicht**                       Konstant    Nicht konstant  
\*Wenn nicht konstant                       Zunahme    Abnahme  
\_\_\_\_\_ Kilogramm in \_\_\_\_\_ Monaten

- Mir ist sehr oft kalt**                       **Mir ist sehr oft warm**  
 **Ich schwitze übermäßig**                       **Ich habe oft Kopfschmerzen**  
**Zigaretten**                      Nein  Ja   
\*Wenn ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_  
**Alkohol**                      Nein  Ja   
\*Wenn ja,                      Täglich  Ab und zu   
\*Was? \_\_\_\_\_  
\*Wieviel? \_\_\_\_\_

**Sonstiges:**

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**                      Nein  Ja

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Körpergröße (in cm) Gewicht (in kg)**                      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Ich besitze Impfschutz gegen**

**Bitte Impfungen auffrischen**

- Tetanus                      Nein  Ja  Weiß nicht   
Diphtherie                      Nein  Ja  Weiß nicht   
Polio                      Nein  Ja  Weiß nicht   
BCG-Tuberkulose                      Nein  Ja  Weiß nicht   
Mumps                      Nein  Ja  Weiß nicht   
Hepatitis A                      Nein  Ja  Weiß nicht   
Hepatitis B                      Nein  Ja  Weiß nicht   
Röteln                      Nein  Ja  Weiß nicht

**Wann war der letzte Check-up (Gesundheitsuntersuchung)** \_\_\_\_\_

\*Wurden Erkrankungen festgestellt ?  
\_\_\_\_\_

**Wünschen Sie eine Gesundheitsuntersuchung?**                       Ja    Nein