**Patienten-Neuvorstellung**

**Patientendaten:**

Name: Akad. Titel:

Vorname: Geburtsdatum:

Straße:

PLZ: Wohnort:

Telefonnummer: E-Mail:

Krankenkasse:

Feste Anbindung an die Praxis in Hausarztzentrierte Versorgung erwünscht: ja / nein

**Vorerkrankungen:**

**Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Operationen? Welche? Wann?**

­­­­­­­­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ihre Medikamente (BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN):**

**Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen, nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z. B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikament**  **Name, Wirkstoffmenge (mg)** | **Einnahmezeit**  **Morgens** | **Einnahmezeit**  **Mittags** | **Einnahmezeit**  **Abends** | **Einnahmezeit**  **Zur Nacht** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Freiwillige Angaben**:

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl Kinder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raucher:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind Angehörige schon als Patient im Hausarztzentrum Inrath angebunden: ja / nein

Ich stimme zu, dass meine Angaben und Daten zur Beantwortung meiner Anfrage elektronisch erhoben und gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mündlich oder schriftlich widerrufen