

Allgemeinmedizin Rheinböllen

Michael Tomschi

Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt Anästhesiologie
Luftfahrtmedizinischer Gutachter
Aeromedical Examiner Class 2
Doctor in Mountain Medicine
Notfallmedizin

Am Markt 10
55494 Rheinböllen

Telefon: 06764-3039714
email: verwaltung@allgemeinmedizin-rheinboellen.de

Patientenerhebungsbogen

| | |
|--|--|
| Patientenkontaktdaten | |
| Familienname: | |
| Vorname: | |
| Straße/Hausnummer: | |
| PLZ/Wohnort: | |
| Geburtsdatum: | |
| Versichertenstatus: | |
| Die sieben nachfolgenden Angaben sind freiwillig! | |
| Telefonnummer (privat): | |
| Telefonnummer (mobil): | |
| E-Mail: | |
| Beruf: | |

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst genau! Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

| | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Herz-/Kreislaufkrankungen | | | |
| Hoher Blutdruck: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Niedriger Blutdruck: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenfehler: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzklappenersatz: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Endokarditis: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzoperation: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Immunsupprimierte Patienten | | | |
| Hochgradige Neutropenie: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mukoviszidose-Erkrankung: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Organtransplantiert: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stammzellentransplantiert: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektiöse Erkrankungen | | | |
| HIV-Infektion/Stadium AIDS: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Lebererkrankung/Hepatitis: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tuberkulose: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | | |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|
| MRSA: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)/Neue Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit (vCJK): | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | | |
|---|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sonstige Krankheitsbilder | | | |
| Anfallsleiden (Epilepsie): | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankung: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Blutgerinnungsstörungen: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes/Zuckerkrankheit: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Drogenabhängigkeit: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nervenerkrankung: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nierenerkrankungen: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ohnmachtsanfälle: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Osteoporose Erkrankung: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Raucher: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rheuma/Arthritis: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schilddrüsenerkrankung: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige Erkrankungen: | | | |
| Allergien bzw. Unverträglichkeiten | | | |
| Lokalanästhesie/Spritzen: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Antibiotika: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzmittel: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Metalle/welche: | | | |
| Schwangerschaft | | | |
| Besteht eine Schwangerschaft? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, in welchem Monat? | Monat: | | |
| Röntgen | | | |
| Wurden bei Ihnen Röntgenaufnahmen angefertigt? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, wann? | Monat/Jahr: | | |
| Einnahme von Medikamenten | | | |
| Welche Medikamente: | seit: | | |
| Weitere Medikamente: | seit: | | |
| Nehmen Sie Bisphosphonate? | seit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stehen Sie in medikamentöser Chemotherapie? | seit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stehen Sie in Strahlentherapie bei Krebserkrankung? | seit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Nehmen Sie hoch dosierte Steroide/Immunsuppressiva? | seit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden bei Ihnen größere Operationen im Krankenhaus durchgeführt? | Datum: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

JA

NEIN

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Std. vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

....., den Unterschrift:

(Ort/Datum)

Allgemeinmedizin Rheinböhlen