medici WIESBADEN

kpz WIESBADEN

DR. MED. MICHAEL WILK
DR. MED. CHRISTIAN KÖHLER
DR. MED. CHRISTIAN LEISTNER
DR. MED. ELIANE LEISTNER

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

herzlich willkommen in unserer Praxis! Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Patientenakte anzulegen bzw. zu aktualisieren. Die Angaben sind natürlich freiwillig, würden uns aber bei Ihrer Behandlung helfen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Mitarbeiterinnen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** _____

Adresse _____

Telefonnummer _____ **E-Mail** _____

Größe _____ cm **Gewicht** _____ kg **Beruf** _____ **Familienstand** _____

☐ **Gesetzliche Krankenkasse** _____ ☐ **Privat** _____ ☐ **Selbstzahler**

Rechnungsempfänger (falls abweichend): Name, Vorname _____

Adresse _____

Was führt Sie zu uns? _____

VORERKRANKUNGEN

Wurden bei Ihnen bereits folgende Erkrankungen diagnostiziert?

☐ Herzinfarkt / KHK
☐ Herzschwäche
☐ Herzklappenerkrankung
☐ Herzrhythmusstörung
☐ Bluthochdruck
☐ Schlaganfall
☐ Gefäßerkrankung (pAVK)
☐ Thrombose/Lungenembolie
☐ Gerinnungsstörung
☐ erhöhte Blutfette
☐ Diabetes mellitus
☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Nierenerkrankung
☐ Lebererkrankung
☐ Osteoporose
☐ Asthma / COPD
☐ Schlafapnoe
☐ Epilepsie
☐ Parkinson / Demenz
☐ Chronische Schmerzen

☐ Tumorleiden: _____
☐ Allergie(n): _____
☐ Gelenkerkrankung: _____
☐ Wirbelsäulenerkrankung: _____
☐ Psychische Erkrankungen: _____
☐ Sonstige: _____

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

_____

_____

_____

_____

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?

☐ nein ☐ ja, welche: _____

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

Dürfen wir Angehörige oder Ihnen nahestehende Personen informieren? Dafür benötigen wir Ihre Einwilligung:

☐ Auskunft über meinen Gesundheitszustand
☐ Benachrichtigung im Notfall

Name, Verwandtschaftsgrad, Telefon (mehrere möglich):

_____

_____

_____

ERINNERUNGSSERVICE

Gern erinnern wir Sie an Ihre persönlichen Kontrolltermine, z. B. fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Impfungen.

☐ Ja, ich möchte erinnert werden:
☐ per Post ☐ per E-Mail

Freiwillig und jederzeit widerrufbar. E-Mails werden unverschlüsselt versendet.

PATIENTENVERFÜGUNG

Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden?

☐ nein ☐ ja, Verfügung ☐ ja, Vollmacht

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Angaben und erteile die angekreuzten Einwilligungen.

Datum _____

Unterschrift _____

bei Minderjährigen: Erziehungsberechtigte/r