

Liebe Patientin, lieber Patient, die nachfolgenden Fragen helfen Ihnen und uns ihre Krankheit zu verstehen und besser zu behandeln. Haben sie einen Hausarztvertrag unterschrieben dann beachten Sie besonders Punkt 13.

1. Personalien:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Festnetz Tel : \_\_\_\_\_ Handy Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienstand: noch ledig:  verheiratet:  geschieden:  verwitwet:   
nicht eheliche Beziehung:  wieder alleinstehend:

gesetzliche Betreuung? Nein:  Ja :  für welchen Funktionsbereich: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des gesetzlichen Betreuers: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

weitere behandelnde Ärzte: \_\_\_\_\_

Ihre Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ihre Rentenversicherung: \_\_\_\_\_ R-Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

2. Beschwerden:

welche Beschwerden führen Sie hierher? \_\_\_\_\_

Schlafstörungen: Ja  Nein  wachen sie morgens sehr früh auf? Ja  Nein   
Appetitmangel: Ja  Nein  Gewichtsabnahme: Ja  Nein  wenn ja, kg in 6 Monaten? \_\_\_\_\_  
Gewichtszunahme: Ja  Nein  wenn ja; Kilogramm in sechs Monaten? \_\_\_\_\_  
regelmäßiger Stuhlgang: Ja  Nein  Wasserlassen problemlos: Ja  Nein   
Sturzneigung: Ja  Nein  Koordinationsstörungen: Ja  Nein   
Sehstörungen: ja  Nein   
Bewusstseinsverluste: Ja  Nein  wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  
Schmerzen: Ja  Nein  wenn ja: wo? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_  
Wie stark? 1-----5-----10 welcher Art? ständig  anfallsartig   
Störungen beim Sexualverkehr: Ja  Nein  gestörter Sexualtrieb: Ja  Nein   
Konzentrationsstörungen: Ja  Nein  Gedächtnisstörungen: Ja  Nein   
Denkstörungen: Ja  Nein  Ablenkbarkeit: Ja  Nein   
schlechte Stimmung: Ja  Nein  Ängste und Panik: Ja  Nein   
innere Unruhe: Ja  Nein  Zwangsgedanken und Handlungen: Ja  Nein   
Sorgen: Ja  Nein  Selbstmordgedanken: Ja  Nein   
Konflikte und Auseinandersetzungen mit anderen: Ja  Nein   
Gefühl sich zu verlieren: Ja  Nein   
Wut und Ärger: Ja  Nein  Aggressivität: Ja  Nein   
Süchtiges Verhalten mit Kontrollverlust (Internet, Fernsehen, Spielcasino etc): Ja  Nein

3. Medikamente:

| Medikamentenname | mg    | Tabl/Tpf/Spritzen | seit wann | durch wen verordnet |
|------------------|-------|-------------------|-----------|---------------------|
| _____            | _____ | _____             | _____     | _____               |
| _____            | _____ | _____             | _____     | _____               |



Von meinen Angehörigen sind verstorben (seit) \_\_\_\_\_

Der liebste Mensch in meinem Leben ist/war \_\_\_\_\_

8. **Schulbildung:**

Ich habe auf der Volksschule/Hauptschule  mit der Durchschnittsnote \_\_\_\_\_

der Realschule/Fachschule  mit der Durchschnittsnote \_\_\_\_\_

dem Gymnasium  mit der Durchschnittsnote \_\_\_\_\_

der Förderschule  mit der Durchschnittsnote \_\_\_\_\_

den Schulabschluß gemacht.  bzw, diese ohne Abschluß nach der \_\_\_\_\_ Klasse verlassen.

9. **Berufsausbildung:**

Ich habe eine Berufsausbildung als \_\_\_\_\_

Ich habe ein Studium der \_\_\_\_\_ angefangen  abgeschlossen

10. **Gegenwärtige Berufstätigkeit:**

In folgender Branche habe ich bisher gearbeitet: \_\_\_\_\_

Derzeit bin ich bei der Firma \_\_\_\_\_ als \_\_\_\_\_

beschäftigt.

Ich bin krankgeschrieben  seit \_\_\_\_\_ von Dr. \_\_\_\_\_

Ich bin arbeitslos  seit \_\_\_\_\_

Ich beziehe Arbeitslosengeld II  seit \_\_\_\_\_

Ich bin erwerbsunfähig /Frührente  seit \_\_\_\_\_

Ich beziehe Altersruhegeld/Altersrente  seit \_\_\_\_\_

ich habe keine regelmäßigen Einkünfte

Ich lebe von Unterhaltsleistungen meiner/meines \_\_\_\_\_ Seit \_\_\_\_\_

11. **Hobbies und Leidenschaften:**

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

12. **Was mir noch wichtig ist:**

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

13. **Erklärung:**

Ich habe einen Hausarztvertrag abgeschlossen und mir ist bekannt, dass ich eine Behandlung auf Kosten der Krankenkasse nur nach Überweisung meines Hausarztes erhalte. Bei fehlender Überweisung bin ich mit einer Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte einverstanden.

Ich habe keinen Hausarztvertrag abgeschlossen und daher stellt sich für mich das Problem nicht.

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass ich bei nicht erbrachter Praxisgebühr bzw. nicht abgegebenen gültigen Überweisungsscheines als Privatpatient behandelt werde und mir diese Behandlung in Rechnung gestellt wird.

Oberschwarzach, den .....

.....

Unterschrift des Patienten