



Herzlich willkommen in der Praxis für Innere Medizin und Diabetologie

Gemeinsam mit Ihrem Hausarzt bemühen wir uns, Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen.

Falls Sie es wünschen, können Sie vorab schon diesen Aufnahmebogen ausfüllen.

Persönliche Daten: Größe:.....Telefonnr: E-Mail:

Name:..... Gewicht:Beruf: Hausarzt:

Aktuelle Beschwerden: Was können wir für Sie tun/was erwarten Sie von uns?

Medikamente: Bitte alle Medikamente notieren, die Sie regelmäßig einnehmen!

Krankheitsgeschichte:

Krankenhausaufenthalte/Operationen: (wann, wo warum)

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Typ-1-Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Typ-2-Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Sonstiger Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Allergie |
| <input type="checkbox"/> Blutfettwerterhöhung/Cholesterin | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Zigarettengebrauch |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüserkrankung/-entfernung | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/Asthma | <input type="checkbox"/> Alkoholproblem |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: Beginn: | Letzte Augenkontrolle: | Insulin seit: |

Bekannte Folgeerkrankungen:

- | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Niere | <input type="checkbox"/> Beindurchblutung | <input type="checkbox"/> Nervenreizung | <input type="checkbox"/> Impotenz |
|-------------------------------|--------------------------------|---|--|-----------------------------------|

Nehmen Sie an einem Diabetikerprogramm Ihrer Krankenkasse teil? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren eine Diabetesschulung? Ja Nein

Bekommen Sie Beinschmerzen bei einer Gehstrecke von weniger als 300 m? Ja Nein

Familienkrankheiten:

Kam in Ihrer Familie (Eltern/Großeltern/Kinder/Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen vor?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt..... <input type="checkbox"/> vor dem 60. Lebensjahr |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Schlaganfall..... <input type="checkbox"/> vor dem 60. Lebensjahr |

In den letzten zwei Wochen	Die ganze Zeit	Die meiste Zeit	Mehr als die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu; einen Teil der Zeit	Zu keinem Zeitpunkt
1. ... war ich froh und guter Laune?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... habe ich mich beim Aufwachen ausgeruht gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum:

Unterschrift:

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Hensel meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Bitte bringen Sie zum Praxisbesuch folgendes mit

- Krankenversichertenkarte
- Überweisungsschein
- Bei Typ-2-Diabetes mellitus: Nachweis der Teilnahme am DMP Diabetes
- ggf. Vorbefunde
- Mundschutz