Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Praxis Ebertstraße

Selbstauskunft

Name	Vorname	Geburtsdatum/ - ort

Straße	Ort

email	Telefonnummer/mobil

Körpergröße	Körpergewicht	Familienstand

Kinder	Kontakt für Notfall

gesetzliche Betreuer: Ja O Nein O

gelernter Beruf:

aktuelle Tätigkeit:

wieviele Wochenstunden?

Altersrente O

Erwerbsminderungsrente O

arbeitsuchend O

Unterschrift	Datum

Krankengeschichte

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Diabetes mellitus/ Zuckerkrankheit	Ja O	Nein O
Hypertonie/ Bluthochdruck	Ja O	Nein O
Schilddrüsenerkrankung	Ja O	Nein O
Koronare Herzerkrankung/ Angina pectoris	Ja O	Nein O
Sonstige Herzerkrankung	Ja O	Nein O
Lungenerkrankung/ chronische Bronchitis/ Asthma	Ja O	Nein O
Nierenerkrankung	Ja O	Nein O
Erhöhte Blutfettwerte	Ja O	Nein O
Krampfadern	Ja O	Nein O
Erhöhte Harnsäurewerte/ Gicht	Ja O	Nein O
Krebserkrankung	Ja O	Nein O
neurologische Störung/ Epilepsie	Ja O	Nein O
seelische Leiden	Ja O	Nein O
Sonstige Erkrankung:		

Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, schreiben Sie diese bitte hier auf! (Alternativ kopieren wir gerne Ihren aktuellen Medikationsplan)

_____ _____

Letzter Hausarzt/-ärztin Grund für Ihren aktuellen Besuch

O Raucher Seit wann? Wie viele?

O Nie-Raucher

O Nicht-Raucher Seit wann?

Allergien: Nein O O Ja:

Operationen: Nein O O Ja:

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Praxis Ebertstraße

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit meine vorbehandelnden ÄrztInnen von der mir gegenüber bestehenden ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der weiteren hausärztlichen Betreuung.

Die Schweigepflichtentbindung gilt gegenüber der „Praxis Ebertstraße"

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Ebertstraße 1
30926 Seelze
Tel 0511 - 40 42 52
Fax 0511 – 40 42 60
praxis-ebertstrasse.de

Diese Einwilligung ermächtigt ausschließlich zur Weitergabe meiner Krankenakte und Befunde zum Zwecke der Weiterbehandlung.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____

Unterschrift Datum

_____ _____

Name in Druckbuchstaben Geburtsdatum