

- Schwerpunktpraxis Diabetologie KVWL / Ärztekammer
- Mitglied im Palliativnetz Witten e.V.
- Mitglied der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten ÄQW



Herzlich Willkommen in unserer Praxis, liebe Patientinnen und Patienten!

Wir möchten Ihnen so gut wie möglich helfen. Dabei hilft es uns sehr, vorab einen schnellen, genauen und umfassenden Einblick in Ihre Krankengeschichte und Ihre aktuellen Beschwerden zu bekommen. Zu diesem Zweck bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten*.

Name, Vorname Geburtsdatum

Adresse

Telefon privat Telefon mobil E-mail

Ihr Beruf Ihr Arbeitgeber

Ihre Größe Ihr Gewicht Sind Sie Raucher? ja nein

Wer ist Ihr Hausarzt? ▶ _____

Sind Sie bei einem *Facharzt* in Behandlung? ja, bei ▶ _____

Leiden oder litt Sie an:

- Bluthochdruck Herzrhythmusstörungen Schlaganfall Herzinfarkt Diabetes mell. Asthma
 Durchblutungsstörungen Krampfadern Thrombose Schilddrüsenerkrankung Tumorerkrankung

Welche *Operationen* sind bei Ihnen bisher durchgeführt worden? (Art, Jahr, Krankenhaus)

▶ _____ ggf. auf der Rückseite fortsetzen →

Welches waren Ihre letzten *Impfungen* und wann war das? (Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit)

▶ _____ ggf. auf der Rückseite fortsetzen →

Grund Ihres Besuches / aktuelle Beschwerden:

▶ _____
Seit wann bestehen diese Beschwerden? ▶ _____

Haben Sie bereits versucht, sich selbst zu behandeln und wenn ja wie?

▶ _____

* Ihre Privatsphäre ist uns wichtig: Alle Angaben, die Sie hier machen, unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

- Schwerpunktpraxis Diabetologie KVWL / Ärztekammer
- Mitglied im Palliativnetz Witten e.V.
- Mitglied der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten ÄQW



Fortsetzung von Seite 1 des Aufnahmefragebogens*

Name, Vorname

Geburtsdatum

Welche *Medikamente* nehmen Sie regelmäßig ein?



ggf. auf der Rückseite fortsetzen →

Sind *Risiken, Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten* bekannt und wenn ja welche?
(auch bekannte Unverträglichkeiten von Medikamenten, die sie evtl. *gegenwärtig nicht* einnehmen)



ggf. auf der Rückseite fortsetzen →

Patientenservice:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine (z.B. Impfungen oder Vorsorgetermine).
Je nach dem melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-mail bei Ihnen.

Ja, bitte erinnern Sie mich Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig

Einverständnis zur Übermittlung von Behandlungsdaten:

Ich erkläre mich gemäß § 73 Abs. 1B SGB V damit einverstanden, dass medizinische Daten an den Hausarzt, mitbehandelnde Fachärzte oder sonstige Stellen, die in meinem Interesse Befunde anfordern, weitergegeben werden können. Die Praxis Dr. Schmelzer ist berechtigt, die mich betreffenden Befunde bei anderen Ärzten anzufordern. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift

* Ihre Privatsphäre ist uns wichtig: Alle Angaben, die Sie hier machen, unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!

- Schwerpunktpraxis Diabetologie KVWL / Ärztekammer
- Mitglied im Palliativnetz Witten e.V.
- Mitglied der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten ÄQW



Datum

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen: Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können und überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.*.

Name, Vorname Geburtsdatum

1. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
<input type="checkbox"/> Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich ein Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Fragen zum Thema „Angst“

	ja	nein
<input type="checkbox"/> Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)? <i>Wenn „nein“, gehen Sie bitte gleich weiter zu Frage 3 unten auf der Seite</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – also in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

- Überhaupt nicht erschwert etwas erschwert Relativ stark erschwert Sehr stark erschwert

* Ihre Privatsphäre ist uns wichtig: Alle Angaben, die Sie hier machen, unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht!