

Aufnahmebogen für neue Patienten / Innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir heißen Sie herzlich willkommen in der Praxis Andreas Wede. Bevor wir uns um Ihre Beschwerden und Bedürfnisse kümmern, benötigen wir im Vorfeld einige Auskünfte.

Angaben zum Patienten/In, Erreichbarkeit im Notfall (wenn Sie nicht ansprechbar sind)

Vorname und Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Mobil: _____

Festnetz: _____

Email: _____

Im Notfall benachrichtigen: _____
Name, Verwandtschaftsgrad, Mobilnummer

Mitbehandelnde Kollegen/Innen

Bisheriger Hausarzt: _____

Weitere Fachärzte: _____

Ist ein Impfausweis vorhanden?

- ☐ ja, dann legen Sie den Ausweis bitte umgehend in der Praxis vor
- ☐ nein

Vorsorgeuntersuchungen. Wann war die letzte ...

Gesundheitsuntersuchung?: _____

Hautkrebsvorsorgeuntersuchung?: _____

Krebsvorsorgeuntersuchung des Mannes?: _____

Liegen diese Erkrankungen bei Ihnen vor?

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> | Depression | <input type="radio"/> |
| KHK (koronare Herzerkrankung) | <input type="radio"/> | Angsterkrankung | <input type="radio"/> |
| COPD | <input type="radio"/> | Demenz | <input type="radio"/> |
| Asthma | <input type="radio"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> |
| Osteoporose | <input type="radio"/> | Herzinsuffizienz | <input type="radio"/> |

Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen?

- ☐ Rauchen _____ Zigaretten pro Tag ☐ Alkohol _____
- ☐ Drogen _____

Gibt es weitere Erkrankungen?

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB) oder/und einen Pflegegrad?

GdB: _____ Pflegegrad: _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Medikament	Dosis	Einnahme

Nehmen Sie darüber hinaus weitere Substanzen wie Nahrungsergänzungsmittel oder frei verkäufliche Medikamente (OTC)?

Nehmen Sie bereits an einem sog. DMP-Programm teil? Wenn ja, bitte ankreuzen:

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| DMP Diabetes Mellitus Typ 2 | <input type="radio"/> | DMP KHK (koronare Herzkrankheit) | <input type="radio"/> |
| DMP Asthma Bronchiale | <input type="radio"/> | DMP COPD | <input type="radio"/> |

Sind bei Ihnen Allergien bzw. Unverträglichkeiten bekannt?

Kennen Sie Ihre Größe und Ihr Körpergewicht?

Größe: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Anmerkungen und was Sie uns sonst noch mitteilen wollen

Danke für Ihre Hilfe!

Ihr Team der Praxis Andreas Wede