

Praxis Andreas Wede  
Hausarzt, Palliativmedizin & Suchtmedizin  
Hannoversche Str. 9  
31582 Nienburg

## 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, Verwandschaftsgrad, 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?: \_\_\_\_\_



Praxis Andreas Wede  
Hausarzt, Palliativmedizin & Suchtmedizin  
Hannoversche Str. 9  
31582 Nienburg

Liegen diese Erkrankungen bei Ihnen vor?

## Zuckerkrankheit

○

## KHK (koronare Herzerkrankung)

○

COPD

○

## Asthma

○

## Depression

C

## Angsterkankung

C

## Demenz

6

## Schilddrüsenerkrankung

C

## Herzinsuffizienz

6

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?

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  DMP KHK (koronare Herzkrankheit)

DMP Asthma Bronchiale  DMP COPD

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