



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

Aufnahmebogen für neue Patientinnen und Patienten

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 zu Person, Erreichbarkeit im Notfall

Vorname und Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

Festnetz- und Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Im Notfall benachrichtigen: _____
Name, Verwandtschaftsgrad, Mobilnummer

Mitbehandelnde Kolleginnen und Kollegen

Bisheriger Hausarzt: _____

Weitere Fachärzte: _____

Ist ein Impfausweis vorhanden?

- ☐ ja, dann legen Sie den Ausweis bitte umgehend in der Praxis vor.
☐ nein (dann fragen Sie bitte in der Praxis nach einem neuen Impfausweis)

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 Herzkrankheit)
COPD
Asthma
Osteoporose

Depression
Angsterkrankung
Demenz
Schilddrüsenerkrankung
Herzinsuffizienz

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) und/oder 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)?



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

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