



NEUANMELDUNG

Sehr geehrte Patienten,
als Ihre Hausärzte möchten wir Sie optimal behandeln und versorgen.
Deshalb bitten wir Sie folgende Fragen gewissenhaft zu beantworten.

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon Privat: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____ Arbeitgeber: _____

Wie sind sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden ?

Internet Familie Freunde / Bekannte sonstiges _____

Zur ganzheitlichen Beurteilung bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| • Haben Sie aktuell akute Symptome oder Beschwerden?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Haben Sie jemals ein Medikament schlecht vertragen (z.B. Übelkeit, Hautausschläge, Magenbeschwerden, allerg. Erscheinungen o. Ähnliches) ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

Wenn ja, welches? _____

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Hatten Sie schon einmal eine Operation, oder einen Unfall ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wurde Ihr Impfstatus in den letzten 2 Jahren kontrolliert ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind Sie regelmäßig bei der Krebsvorsorge ?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sind sie regelm. bei der internistischen Gesundheitsuntersuchung?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Familienanamnese:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| • Gehäufte bösartige Erkrankungen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte wenden

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | ja | nein |
| • Herzinfarkte, Schlaganfälle innerhalb der Familie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sonstiges (Diabetes etc. ...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Besteht bei Ihnen eine chronische Krankheit? Bitte zutreffendes ankreuzen.

- Allergie (z.B. Heuschnupfen, Pflasterallergie) ?

Wenn ja, welche? _____

- Herzerkrankung (z.B. Hypertonie, KHK, Vorhofflimmern) ?

Wenn ja, welche? _____

- Neurologische Erkrankung (z.B. Schlaganfall, Parkinson) ?

Wenn ja, welche ? _____

- Lungenerkrankung (z.B. Asthma Bronchiale, COPD, Emphysem) ?

Wenn ja, welche? _____

- Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes, Schilddrüse) ?

Wenn ja, welche? _____

- Nierenerkrankung (z.B. Niereninsuffizienz) ?

Wenn ja, welche ? _____

- Magendarmkrankung (z.B. Polypen, Geschwüre) ?

Wenn ja, welche ? _____

- Bösartige Erkrankung (z.B. Krebs) oder infektiöse Erkrankung (z.B. HIV, Hepatitis)?

Wenn ja, welche ? _____

- Orthopädische Erkrankung (z.B. Arthrose, Bandscheibe, Wirbelsäule) ?

Wenn ja, welche? _____

- Sonstige Erkrankungen ?

Wenn ja, welche ? _____

Fragen zum Datenschutz:

Die Praxis darf Berichte über mich an andere Ärzte senden.

Ja Nein

Die Praxis darf med. Befunde über mich bei anderen Ärzten anfordern.

Ja Nein

Dürfen wir Ihnen auf Wunsch Ihre Patienteninformationen per E-Mail zukommen lassen?

Ja Nein

Ich bin Mitglied in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV).

Ja Nein

Datum: _____ **Unterschrift:** _____