



**Neuanmeldung Praxis Dr. Abbushi**

Fachärzte für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren

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: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Telefon Privat: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

**Wir sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

Internet     Familie     Freunde/Bekannte     sonstiges \_\_\_\_\_

**Zur ganzheitlichen Beurteilung bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:**

- Haben Sie aktuell akute Symptome und wenn ja welche?

\_\_\_\_\_

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

- Haben Sie jemals ein Medikament schlecht vertragen? (z.B. Übelkeit, Hautausschläge, Magenbeschwerden, allerg. Erscheinung oder ähnliches) \_\_\_\_\_

Wenn ja welches: \_\_\_\_\_

- Hatten Sie schon einmal eine Operation, oder einen Unfall?     Ja    Nein
- Wurde Ihr allgemeiner Impfstatus in den letzten 2 Jahren kontrolliert?     Ja    Nein
- Sind Sie regelmäßig bei der Krebsvorsorge?     Ja    Nein
- Sind Sie regelm. bei der internistischen Gesundheitsuntersuchung?     Ja    Nein
- Besteht eine Schwangerschaft?     Ja    Nein

**Familienanamnese:**

- Gehäuft bösartige Erkrankungen in der Familie?     Ja    Nein
- Herzinfarkte, Schlaganfälle innerhalb der Familie?     Ja    Nein
- Sonstige Krankheiten? (Diabetes etc.)     Ja    Nein

**Bitte wenden**

**Besteht bei Ihnen eine chronische Krankheit bitte 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? \_\_\_\_\_
- Magendarmerkrankungen (z.B. Polypen, Geschwüre)?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Bösartige Erkrankung (z.B. Krebs) oder infektiöse Erkrankung (HIV, Hepatitis) ?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Orthopädische Erkrankung (z.B. Arthrose, Bandscheibe, Wirbelsäule)?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

**Fragen zum Datenschutz:**

- Die Praxis darf Berichte über mich an andere Ärzte senden.  Ja  Nein
- Die Praxis darf med. Befunde 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: \_\_\_\_\_