



## Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal betreuen zu können, bitte wir Sie, folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig  verheiratet  getrennt lebend  geschieden  verwitwet

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ vorheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie aktuell in einem Hausarztzentrierten Vertrag (HZV) eingeschrieben: Nein  Ja

Wie groß sind Sie?: \_\_\_\_\_ cm Wieviel wiegen Sie?: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie? Nein  Ja  → wie viele: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein  Ja  gelegentlich

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Nein  Ja  → wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Bitte genauere Angaben (ggf. wann):

Bluthochdruck O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Herzerkrankungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Schlaganfall O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Durchblutungsstörungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Zuckerkrankheit/ Diabetes O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Fettstoffwechselstörungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_



# HAUSARZTPRAXIS IM SCHWALBENHOF

Dr. Sonja Konrad | Dr. Andrea Münch

Seit wann? Genauere Angaben:

Lebererkrankungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis) O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Lungenerkrankungen (Asthma, COPD) O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Thrombose oder Lungenembolie O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Augenerkrankungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Tumorerkrankungen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Sonstiges O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Operationen O Nein O Ja \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein  Ja  → wenn ja, legen Sie bitte baldmöglichst einen Medikamentenplan vor.

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? Nein  Ja  → welche: \_\_\_\_\_

Liegt ein Grad einer Schwerbehinderung vor? Wenn ja, welcher Grad? \_\_\_\_\_ %

Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher Grad? \_\_\_\_\_

Liegt bei Ihnen bereits vor:

Patientenverfügung: Nein  Ja  Betreuungsverfügung: Nein  Ja

Vorsorgevollmacht: Nein  Ja  → wer ist bevollmächtigt? \_\_\_\_\_

Sonstige Bemerkungen:

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zu Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift