

Aufnahmebogen

Datum: _____

Herzlich Willkommen in der Praxis Dr. med. K. Hamann. Wir freuen uns, Sie als neuen Patienten begrüßen zu dürfen. Um eine erfolgreiche und individuelle Behandlung gewährleisten zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie den Aufnahmebogen so gut wie möglich beantworten. Die hier gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name/Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____

Telefon*: _____ **Handynummer*:** _____

E-Mail*: _____

Beruf/ausgeübte Tätigkeit: _____

Größe/Gewicht: _____

Allergien oder Unverträglichkeiten: _____

Raucher **Nichtraucher** **Schwanger**

Impfstatus/letzte Impfungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Tetanus Mumps, Masern, Röteln Polio
 FSME nicht bekannt andere: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Herzerkrankungen Erkrankungen der Lunge
 Erkrankungen der Leber Erkrankungen der Nieren
 Erkrankungen der Schilddrüse Erkrankungen des Skelettsystems
 Erkrankungen der Haut Erkrankungen der Augen
 Diabetes andere: _____

Bestehen in Ihrer Familie Erkrankungen? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Diabetes Bluthochdruck Tumor/Krebs Herzerkrankungen
 Schlaganfall Darmerkrankungen Sonstiges: _____

Wurden sie schon einmal operiert? Wenn ja, was wurde operiert und in welchem Jahr?

Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein? (bitte eintragen)

Medikament	morgens	mittags	abends
1			
2			
3			
4			
5			
6			

***Recall bitte nächste Seite beachten**

Zum Schluss noch 3 Fragen an Sie?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- persönliche Empfehlung Praxisschild Internetsuche
 Empfehlung auf Online –Arztbewertungsportalen

Was ist Ihnen bei einer guten hausärztlichen Betreuung wichtig? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Erreichbarkeit Wartezeiten Hausbesuche
 Telefonsprechstunde IGEL –Angebote/ zusätzliche Gesundheitsleistungen
 aktuelle Informationen in der Praxis aktuelle Informationen auf der Website
 Internetsprechstunde via Skype Sonstiges: _____

Wünschen Sie sich noch etwas anderes von Ihrer Hausarztpraxis?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Recall – System *

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. K. Hamann mich über bevorstehende Termine (Gesundheitsuntersuchung, Impfungen,) oder zum Übermitteln von Befunden telefonisch oder per E-Mail informieren darf.

Datum: _____ Unterschrift: _____