

Neuaufnahmebogen für _____

Lieber Patient, liebe Patientin, im Folgenden sind einige Fragen aufgeführt, deren Beantwortung uns bei Ihrer Betreuung weiterhelfen kann. Wo immer Sie sich unsicher sind, sprechen Sie uns bitte an! Gerne vervollständigen wir dann gemeinsam die Angaben.

I. Allgemeine Fragen

Adresse: siehe Krankenversichertenkarte oder falls nicht mehr aktuell:

Adresse (Strasse, Nr): _____

Adresse (PLZ, Ort): _____

Muttersprache: _____

Zurzeit Tätigkeit als: _____ Erlerner Beruf: _____

Alter des/der Kinder: _____

Welche Angehörige/Bezugspersonen sind im Fall eines Notfalles zu verständigen?

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Festnetz: _____

Telefon-Mobil: _____

Diese Bezugsperson kann mich auch im Krankheitsfall versorgen:

siehe oben oder

Name, Vorname: _____

Strasse, Nummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon-Festnetz: _____

Telefon-Mobil: _____

Sollen die Vorbefunde bei Ihrem Hausarzt erfragt werden? Ja Nein

Bisheriger Hausarzt: _____

Sind Sie in einem DMP-Programm (Diabetes (Zucker), Hypertonus (Bluthochdruck), Asthma, COPD eingeschrieben?

Ja , im DMP-Programm für _____

Nein

Sind Sie in einem Programm für Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) eingeschrieben?

Ja , bei Dr. (Hausarzt) _____

Nein

6. Sind Allergien bekannt? (Heuschnupfen, Tierhaarallergie, gegen Medikamente)?:

III. Risikofaktoren bei Ihnen, Großeltern, Eltern, Geschwistern, Kindern

	Ich selber	Vater	Mutter	Geschwister	Kind / Kinder	Gr
Bluthochdruck						
koronare Herzkrankheiten						
sonstige arterielle Verschlusskrankheiten						
Zucker/Diabetes mellitus						
hohe Cholesterinwerte/ Hyperlipidämie						
Nierenkrankheiten						
Lungenerkrankung						
Durchblutungsstörung/ Schlaganfall						
Krebsleiden						
Sonstiges (was?)						

Vater (ggf. verstorben im Alter von _____ Jahren):
 Erkrankungen: _____

Mutter (ggf. verstorben im Alter von _____ Jahren):
 Erkrankungen: _____

Großmutter mütterlicherseits (ggf. verstorben im Alter von _____ Jahren):
 Erkrankungen: _____

Großvater mütterlicherseits (ggf. verstorben im Alter von _____ Jahren):
 Erkrankungen: _____

Großmutter väterlicherseits (ggf. verstorben im Alter von _____ Jahren):
 Erkrankungen: _____

Großvater väterlicherseits (ggf. verstorben im Alter von _____ Jahren):
 Erkrankungen: _____

IV. Fragen zu Ihrer Gesundheit

1. Sind Sie Raucher? Ja, aktuell Ja, früher Nein

Vom wievielten bis zum wievielten Lebensjahr? _____

Wie viele Zigaretten / Tag? _____

2. Sind Sie ständigen emotionalen Belastungsfaktoren ausgesetzt?

Ja, aktuell Ja, früher Nein

falls ja, welche sind das? _____

3. Wieviel bewegen Sie sich?

eher wenig mittel eher viel

Sport- oder Bewegungsart: _____

Minuten pro Tag oder Woche?: _____

4. Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

5. Wieviel Alkohol trinken Sie pro Tag? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Bekannte, Freunde Internet Telefonbücher Anzeige

Bitte bringen Sie nun den ausgefüllten Fragebogen zurück in die Anmeldung!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Praxisteam der Praxis Dr. Rötterink

Recall- Einverständniserklärung

für _____

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass mich die Praxis Dr. Rötterink durch persönliche

Anschreiben an folgende Adresse

Telefon unter folgender Festnetznummer _____

Telefon unter folgender Mobilnummer _____

Email unter folgender Adresse _____

und / oder Fax unter folgender Nummer

nach festgelegten Zeitabständen auf wichtige Angelegenheiten/ Termine/ Ereignisse bezüglich meiner Gesundheit (z.B. Früherkennung Hautkrebs, Früherkennung Prostatakrebs, Krebsvorsorge, Früherkennung Darmkrebs, Gesundheits Check-ups ab 35, Impfungen,...) hinweist. Alle Fragen dazu wurden mir beantwortet.

Mir ist bewusst, dass sich dieser Service derzeit im Aufbau, bzw. in der Erprobung befindet und wir derzeit leider noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Erinnerung an Präventionsleistungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/gesetzlicher Vertreter