

## Aufnahmebogen für neue Patienten

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Bogen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Schicken Sie ihn dann bitte per Email ([aufnahme@hausarztgaggenau.de](mailto:aufnahme@hausarztgaggenau.de)) oder per Post (Hauptstraße 93, 76571 Gaggenau) zurück oder geben Sie ihn wieder an der Rezeption unserer Praxis ab.

Nach der Durchsicht des Aufnahmebogens erhalten Sie einen Anruf zur Terminvereinbarung, sobald Aufnahmekapazitäten bestehen.

Alle diese Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen bei Nichterscheinen zum Ersttermin eine Rechnung über die Ausfallkosten in Höhe von 75€ zusenden.

Bitte **bringen** Sie zu diesem Erstkontakt **folgende Unterlagen mit**:

- Ihre **Versichertenkarte**
- **Vorbefunde** der letzten **5 Jahre** (bitte die Unterlagen beim bisherigen Hausarzt abholen)
- **Impfausweis**
- **Allergiepass** (falls vorhanden)
- **unterschriebene Einverständniserklärung Patientendaten**

Bitte vereinbaren Sie **auch bei akuten Erkrankungen immer einen Termin!**

Wir bitten Sie, **Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, wenn Sie diese nicht einhalten können.

### PERSONALIEN und ORGANISATORISCHES

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilfunk: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  gesetzlich versichert  privat versichert

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

### *Notfallansprechpartner*

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

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobilfunk: \_\_\_\_\_

**GESUNDHEITSVORGESCHICHTE**

***Gesundheitsvorgeschichte der Familie (schwere Erkrankungen von Eltern, Geschwistern, Kindern)***

- Zuckerkrankheit:                     nein                                     ja, wer: \_\_\_\_\_
- Krebserkrankungen:                 nein                                     ja, wer: \_\_\_\_\_
- Herzerkrankungen:                  nein                                     ja, wer: \_\_\_\_\_
- Psychische Erkrankungen:         nein                                     ja, wer: \_\_\_\_\_
- Sonstiges:                                 nein                                     ja, wer und was: \_\_\_\_\_

***Eigene Erkrankungen***

- Windpocken:                     nein  ja                                    Masern:                                     nein  ja
- Mumps:                                 nein  ja                                    Keuchhusten:                             nein  ja
- Röteln:                                  nein  ja                                    Sonstiges:                                \_\_\_\_\_
- Unfälle:                                 nein  ja, was und wann: \_\_\_\_\_
- Operationen:                         nein  ja, was und wann: \_\_\_\_\_
- Berufskrankheit:                     nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Schwerbehinderung  nein  ja, weshalb: \_\_\_\_\_ GdB (%): \_\_\_\_\_
- Pflegegrad:                             nein  ja                                    Grad: \_\_\_\_\_

***Vorsorgeuntersuchungen***

- Letzter Check-up:                    \_\_\_\_\_ letzte Hautkrebsvorsorge: \_\_\_\_\_
- Darmspiegelung:                    \_\_\_\_\_

***Vorerkrankungen***

- Augen:                                  nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Ohren:                                  nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Lunge:                                  nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Herz:                                     nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Kreislauf (Blutdruck):                 nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Magen-Darm:                         nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Leber- und Galle:                     nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Stoffwechsel (z.B. Zucker):         nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Niere und Blase:                     nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Psychische Erkrankungen:         nein  ja, was: \_\_\_\_\_
- Anfallsleiden (Epilepsie):          nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Bluterkrankungen:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Haut:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Allergien:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Bewegungsapparat:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Wirbelsäule:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

schwere Infektionskrankheiten:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen:  nein  ja, was: \_\_\_\_\_

Reha / Kuren:  nein  ja, wann: \_\_\_\_\_

**Dauermedikamente (Präparat, Dosis, Einnahmezeiten, ggf. Medikationsplan anfügen)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nur von Frauen auszufüllen:**

Schwangerschaft:  nein  ja, Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Stillend:  nein  ja

Mammographie (50-70):  nein  ja, zuletzt: \_\_\_\_\_

Gebärmutterkrebsvorsorge:  nein  ja, zuletzt: \_\_\_\_\_

**Körperfunktionen**

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Raucher:  nein  ja, wie viele Zigaretten seit wann: \_\_\_\_\_

Stuhlgang:  normal  Verstopfung  Durchfall

Wasser lassen:  normal  nächtlicher Harndrang  geschwollene Beine

Appetit:  normal  schlecht

Fieber:  nein  ja

Nachtschweiß:  nein  ja

Durst:  normal  vermehrt

Schlaf:  normal  Einschlafprobleme  Durchschlafprobleme

Ungewollter Gewichtsverlust:  nein  ja

Ich habe die oben aufgeführten Fragen nach bestem Wissen beantwortet.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)