

Aufnahmebogen für neue Patienten

Bitte füllen Sie den nachfolgenden Bogen vollständig und wahrheitsgemäß aus. Schicken Sie ihn dann bitte per Email (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)