



ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Praxis im Mitteresch. Einige Informationen haben wir für Sie als Neupatienten zusammengestellt. Bitte lesen Sie daher das Infoblatt sorgfältig durch.

Wenn Sie heute wegen einer akuten Erkrankung kommen, können Sie den Fragebogen später zu Hause ausfüllen. Selbstverständlich steht Ihnen das gesamte Praxisteam mit Rat und Tat zur Seite.

Vorab benötigen wir von Ihnen einige Daten, die wir selbstverständlich nach den geltenden datenschutzrechtlichen Grundlagen verwalten, und nicht an Dritte ohne Ihr zuvor gegebenes Einverständnis weitergeben werden (siehe Beiblatt Datenschutz).

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass wir NUR eine reine Terminsprechstunde anbieten. Wir bemühen uns, dass Sie bei Notfällen einen zeitgerechten Termin erhalten. **Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte rechtzeitig vorher ab** (bei Check-up- oder Ultraschallterminen bedeutet dies **mind. 24 Stunden** vorher). Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen den versäumten Termin privat in Rechnung zu stellen.

Sie haben uns als Ihre Hausärzte ausgewählt. Dafür vielen Dank und wir freuen uns schon auf Sie! Beachten Sie aber auch, dass Gesundheit ein höchst individuelles Gut ist und wir auf **Ihre Mitarbeit** angewiesen sind. Beispielsweise sollten Sie zum Erstkontakt alle wichtigen und aktuellen Krankheitsbefunde mitbringen (z.B. Impfausweis, aktueller Medikamentenplan, aktuelle Krankenhausbriefe, etc.).

Wir wünschen Ihnen Gesundheit und freuen uns auf ein Kennenlernen!

Ihr Praxisteam!



FRAGEBOGEN

Nachname*: _____ Vorname*: _____ Versichert: ☐ privat ☐ Kasse

KONTAKTDATEN:

Geburtstag*: _____ Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d

Straße*: _____ Hausnummer*: _____

PLZ*: _____ Ort*: _____

Telefonnummer*: _____ Handy: _____

Fax: _____ Email-Adresse: _____

Letzter Hausarzt (mit Kontaktdaten): _____

Fachärzte (der letzten 5 Jahren): _____

SOZIALE ANGABEN:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ in Partnerschaft ☐ geschieden ☐ verwitwet

Kinder: _____

Aktueller Beruf: _____

FAMILIE:

Vater: Geburtsjahr: _____, Beruf: _____, verstorben ☐ nein ☐ ja woran _____

Mutter: Geburtsjahr: _____, Beruf: _____, verstorben ☐ nein ☐ ja, woran _____

Vorerkrankungen der Eltern und Großeltern:

☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen

☐ Zuckerkrankheit

☐ Krebserkrankung; wenn ja welche: _____

☐ Erbkrankheiten; wenn ja, welche: _____

GENUSSMITTEL

Nikotin: ☐ nein ☐ ja, _____ Stk./Tag, seit wann _____ ☐ aufgehört, wann: _____

Alkohol: ☐ nein ☐ ja, was _____, wieviel _____ l/Tag

Drogen: ☐ nein ☐ ja, welche: _____, wieviel _____



VORERKRANKUNGEN:

Allergien: ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Gefäße: ☐ Krampfadern ☐ Thrombose ☐ pAVK

Herzerkrankungen: ☐ hoher Blutdruck ☐ Herzinfarkt/KHK ☐ andere _____

Stoffwechsel: ☐ Typ 2-/Altersdiabetes ☐ Typ 1 Diabetes ☐ Gicht

Nierenerkrankungen: ☐ Niereninsuffizienz ☐ andere _____

Krebserkrankung: ☐ _____ Erstdiagnose: _____ Therapie beendet ☐ ja ☐ nein
☐ _____ Erstdiagnose: _____ Therapie beendet ☐ ja ☐ nein

Lunge: ☐ COPD ☐ Asthma ☐ andere _____

Magen-Darm: ☐ ja welche: _____

Infektionskrankheit: ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ Tuberkulose

Rheumaerkrankung: ☐ Rheuma ☐ Fibromyalgie ☐ andere _____

Lebererkrankungen: ☐ ja welche: _____

Neurologie: ☐ Demenz ☐ Epilepsie ☐ andere _____

Psyche: ☐ Depression ☐ Angststörungen ☐ andere _____

Operationen: Was und Wann? _____

Impfungen: **(bringen Sie unbedingt Ihren Impfausweis zum Ersttermin mit!)**

Kinderkrankheiten: ☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Windpocken ☐ Polio

Andere Vorerkrankungen: _____

Größe: _____ m Gewicht: _____ kg

Medikamentenplan beilegen, wenn Sie keinen Plan haben, können Sie die Medikamente auf der Rückseite notieren!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ich habe die allgemeinen Informationen verstanden.

Memmingen den _____

Unterschrift Patient: _____

ggf. Vormund/Betreuer: _____



Hier bitte NUR Medikamente eintragen, wenn Sie keinen Medikamentenplan haben oder die Medikamente nicht draufstehen.

	Medikament	Wirkstärke	Einnahmeschema
z.B.	Placebo	5 mg	1-0-1-0