



ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZUR NEUAUFNAHME

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich willkommen in der Praxis im Mitteresch. Vielen Dank, dass Sie sich für uns als Ihren Hausarzt entschieden haben. Einige Informationen haben wir für Sie als Neupatienten zusammengestellt. Bitte lesen Sie daher das Infoblatt **sorgfältig** durch.

WIR SIND AB SOFORT HZV-PRAXIS.

Was bedeutet dies für Sie? Wenn Sie sich für uns entscheiden, entscheiden Sie sich für die schon lang etablierte Primärarztversorgung. Dies bringt Vorteile für Sie. **Sie müssen sich hier nur beim HZV einschreiben.** Weitere Informationen finden sie auf der nächsten Seite.

Des Weiteren 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!

Einfach besser versorgt – mit dem Hausarztprogramm

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Ihnen heute das **Hausarztprogramm** Ihrer Krankenkasse vorstellen zu können. Das Hausarztprogramm, auch **Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)** genannt, wurde eingeführt, um Ihnen eine **noch bessere und umfassendere medizinische Versorgung** anzubieten. **Diese erhalten Sie bei uns – in Ihrer Hausarztpraxis**

- ✓ Mit der Teilnahme am Hausarztprogramm möchten wir Ihre **Versorgung optimieren**, indem wir alle Befunde in unserer Praxis für Sie sammeln. Dadurch erhalten wir gemeinsam mit Ihnen einen **besseren Überblick über Ihren Gesundheitsstatus** und über mögliche verschriebene Arzneimittel.
- ✓ Wir möchten unnötige Behandlungen vermeiden und **Ihr Krankheitsrisiko** sowie **das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen** unterschiedlicher Medikamente **reduzieren**.
- ✓ Außerdem unterstützen Sie mit Ihrer Entscheidung für uns die Arbeit aller Hausärztinnen und Hausärzte, denn: **Durch die HZV können wir uns wieder mehr Zeit für Sie und andere Patientinnen und Patienten nehmen.**

Wählen Sie uns als Ihre erste Anlaufstelle in gesundheitlichen Fragen und profitieren Sie von einer noch engmaschigeren Versorgung. Einfach die beigefügte Teilnahmeerklärung unterzeichnen und bei uns abgeben. Wir leiten diese an Ihre Krankenkasse weiter und kümmern uns um alles Weitere.

Falls Sie noch Fragen haben, können Sie sich gerne direkt an uns wenden.

Weitere Informationen zum Hausarztprogramm erhalten Sie zudem unter

 02203 5756-1214 oder direkt per E-Mail  hausarztprogramm@team-praxis.de.

Wir freuen uns, wenn Sie sich mit Ihrer Unterschrift für uns entscheiden und wir Sie weiterhin bestmöglich medizinisch versorgen können.

Bleiben Sie gesund!

Ihr Praxisteam



Hausarzt
Zentrierte
Versorgung



Gemeinschaftspraxis Dres. Götter

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Im Mitteresch 60, 87700 Memmingen
08331 9893200
info@praxis-goetter.de
www.praxis-goetter.de



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: _____

Pflegegrad: _____ GdB: _____

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 _____/Tag

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



VORERKRANKUNGEN:

Allergien: ☐ Ja, welche: _____ ☐ Nein

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 ☐ _____

Magen-Darm: ☐ ja welche: _____

Infektionskrankheit: ☐ Hepatitis ☐ HIV ☐ Tuberkulose

Rheumaerkrankung: ☐ Rheuma ☐ Fibromyalgie ☐ _____

Lebererkrankungen: ☐ ja welche: _____

Neurologie: ☐ Demenz ☐ Epilepsie ☐ andere _____

Psyche: ☐ Depression ☐ Angststörungen ☐ andere _____

Operationen: Was und Wann? _____

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

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



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung und Anforderung von Behandlungsdaten und Befunden (DATENSCHUTZ)

Patient: Name _____ Vorname _____ Geb.: _____

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt meine Daten und Befunde, die beispielsweise einem anderen Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen, einholen darf. Ebenso dürfen Befunde, die für meine aktuelle Behandlung notwendig sind, an andere Behandler wie z.B. andere Fachärzte oder Krankenhäuser übermittelt werden. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde folgenden Personen (Name und Geburtsdatum) mitgeben und mitteilen darf.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich habe die Datenschutzbestimmungen der Praxis gelesen und verstanden.

Memmingen, den _____ Unterschrift Patient: _____

ggf. Vormund/Betreuer: _____