



Liebe Patientin bzw. lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen!

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit und füllen Sie die folgenden Seiten nach bestem Wissen aus.

Bringen Sie dann das **ausgefüllte Dokument (zusammen mit Ihrem Impfausweis, möglichen Vorbefunden sowie Ihrem Versichertenkärtchen)** mit zu Ihrem ersten Termin in die Praxis – bei Fragen stehen wir Ihnen dann gerne vor Ort zur Verfügung, die weitere Anamnese wird im ersten ärztlichen Kontakt mit Ihnen gemeinsam erhoben.

Freundliche Grüße, Ihre Hausarztpraxis-Flörsbachtal.

.....
Name

.....
Geburtsdatum

.....
PLZ/Ort

.....
Straße

.....
Telefon

.....
Mobilnummer

.....
E-Mail

.....
Beruf

.....
Körpergröße in cm

.....
Gewicht in kg

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

Ja

Nein

(z.B. Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Asthma, COPD, rheumatologische Erkrankungen, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Thrombose, Schlaganfall, Krebserkrankungen, psychische Erkrankungen etc.)?

Wenn ja, welche?

.....
.....
.....



Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und welche Operation? (wenn möglich + Monat /Jahr)

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, welche (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)?

.....

.....

.....

Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis?

Ja

Nein

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....



Welche Krankheiten sind Ihnen bei Verwandten (Eltern, Großeltern, Geschwister) bekannt (z. B. Krebs, Schlaganfall, Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Diabetes, etc.)?

.....

.....

.....

Wer war ihr bisheriger Hausarzt? Sind Sie dort in ein DMP-Programm (Disease Management Programm) oder in die Hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben?

.....

.....

.....

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung?

.....

.....

.....

Wann wurde bei Ihnen die letzte Gesundheitsvorsorge („Check up“), bzw. die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung sowie das letzte Hautkrebsscreening durchgeführt?

.....

.....

.....



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen (Check-up 35, alle 3 Jahre) und Impfungen.

Damit Sie nicht daran denken müssen, erinnern wir Sie gerne schriftlich, dass der nächste Impf- oder Vorsorgetermin ansteht. Sollten Sie dieses für Sie kostenfreie Angebot nutzen wollen, bestätigen Sie dies bitte mit Ihrer Unterschrift. Sie können uns selbstverständlich jederzeit mitteilen, wenn Sie nicht mehr an unserem Recallprogramm teilnehmen wollen.

Falls Sie noch Fragen zu diesen oder zu anderen Bereichen der Praxis haben, fragen Sie uns, wir beraten Sie gerne.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Hausarztpraxis Flörsbachtal meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Ich erkläre mich einverstanden mit der Verarbeitung und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Befunde an Befugte, mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Kliniken und Einrichtungen, soweit dies der Optimierung und Diagnostik dient.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Patient/-in