

# Dr. Reif – Dr. Wolff

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis - Groß Buchholz Hannover

## Aufnahmebogen für neue Patienten

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Name	Vorname	Geb. am
Beruf/Arbeitstätigkeit	Telefonnummer	Nationalität
E-Mail	Adresse	

### A Gesundheitsvorgeschichte der Familie, schwere Erkrankungen Ihrer nächsten Angehörigen (Eltern, Geschwister, Kinder)

	Zutreffend	Wer?	Welche?
Diabetes	nein / ja	_____	_____
Krebserkrankungen	nein / ja	_____	_____
Herzerkrankungen	nein / ja	_____	_____
Tuberkulose	nein / ja	_____	_____
Psychische Erkrankungen	nein / ja	_____	_____
Allergien	nein / ja	_____	_____
Sonstiges	nein / ja	_____	_____

### B Bestehende eigene Vorerkrankungen

Der Augen	nein / ja	_____
Der Ohren	nein / ja	_____
Der Lunge	nein / ja	_____
Herz/Kreislauf/Blutdruck	nein / ja	_____
Magen/Darm	nein / ja	_____
Leber- u. Gallenerkrankungen	nein / ja	_____
Stoffwechselerkrankungen z. B. Diabetes, Schilddrüse	nein / ja	_____
Nieren- u. Blasenerkrankungen	nein / ja	_____
Nerven- u. Gemütskrankungen	nein / ja	_____
Des Bewegungsapparates	nein / ja	_____
Allergien	nein / ja	_____
Sonstige Erkrankungen		_____ _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme nein / ja \_\_\_\_\_  
(bei ja bitte gesonderten Medikamentenplan ausfüllen)

## Eigene Vorgeschichte

Schwere Unfälle            nein / ja  
Operationen                nein / ja  
Schwerbehinderung        nein / ja        GdB            \_\_\_\_\_  
Pflegerstufe                nein / ja        Welche         \_\_\_\_\_  
Heilverfahren              nein / ja        Grund           \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine (Vorsorge-) Koloskopie?    nein / ja        Datum \_\_\_\_\_

Besteht ständige ärztliche Behandlung            nein / ja

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt: \_\_\_\_\_

## Bei Frauen\*

Besteht eine Schwangerschaft                      nein / ja

stillen Sie    nein / ja

## Körperfunktionen\*

Körpergröße. \_\_\_\_\_ cm                      Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Sind Sie Raucher?                                    nein / ja

Ist Ihr Stuhlgang normal?                        nein / ja

Ist Ihr Appetit gut?                                nein / ja

Ist Ihr Durst normal?                              nein / ja

Ist das Wasserlassen normal?                  nein / ja

Haben Sie Schlafstörungen?                    nein / ja

Haben Sie nächtlichen Harndrang?            nein / ja

Sind Sie Vegetarier / Veganer?                nein / ja

Wie würden Sie Ihren Alkoholkonsum einschätzen?    Selten / gelegentlich / regelmäßig

Bestehen derzeit Beschwerden?                nein / ja

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#Bitte bringen Sie zur Besprechung/Untersuchung auch Ihren Impfausweis mit !

Vielen Dank für Ihre Mühe !

Ihr Praxisteam

Datum \_\_\_\_\_

\*zutreffendes bitte ankreuzen