Allgemeinmedizin Groß-Buchholz | Podbielskistraße 372 b | 30659 Hannover
Dr. med. Alexandra Reif | Dr. med. Kathrin Wolff | Tel. 0511.64 94 40 | Fax: 0511.64 63 541

Aufnahmebogen für neue Patienten

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Name	*Vorname*	*geb. am*
Beruf/Arbeitstätigkeit	*Telefonnummer*	*Nationalität*
E-Mail	*Adresse*	*Krankenkasse*

Ihre Gesundheitsvorgeschichte

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

	Zutreffend*	wer? Welche?
Diabetes	nein / ja	
Krebserkrankungen	nein / ja	
Herzerkrankungen	nein / ja	
Sonstiges	nein / ja	

B Bestehen Vorerkrankungen?*

		Was? Seit wann?
Der Augen	nein / ja	
Der Ohren	nein / ja	
Der Lunge	nein / ja	
Herz/ Kreislauf/Blutdruck	nein / ja	
Magen/Darm	nein / ja	
Leber- und Gallenerkrankungen	nein / ja	
Stoffwechselerkrankungen		
z.B. Diabetes, Schilddrüse	nein / ja	
Nieren- u. Blasenerkrankungen	nein / ja	
Nerven- u. Gemütserkrankungen	nein / ja	
Des Bewegungsapparates	nein / ja	
Allergien	nein / ja	
Sonstige Erkrankungen		

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

Eigene Vorgeschichte*

Operationen:	nein / ja		
Schwerbehinderung:	nein / ja	GdB:	
Pflegegrad :	nein / ja	Welche:	
Heilverfahren/Kuren:	nein / ja	Grund:	Datum:

*Zutreffendes bitte ankreuzen

Bitte auch Rückseite beachten

Hatten Sie bereits eine (Vorsorge-) Koloskopie? Nein/ja Datum:_____

Besteht ständige ärztliche Behandlung? nein / ja
Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt (inkl. Adresse) _____

Bei Frauen*
Besteht eine Schwangerschaft? nein / ja
Stillen Sie? nein / ja
Hatten Sie bereits eine Knochendichtemessung? nein / ja Datum: _____
Wann war Ihre letzte Gynäkologische Vorsorge? Datum:_____
Bei Männern*
Wann war Ihre letzte Urologische Vorsorge? Datum:_____

Körperfunktionen*
Körpergröße _____cm Körpergewicht _____kg
Raucher? nein / ja

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

Bestehen derzeit Beschwerden? nein / ja
Welche?_____
Sind Sie in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschrieben? nein / ja
Sind Sie im Disease Managemant Programme (DMP) eingeschrieben? nein / ja

Bitte bringen Sie zur Besprechung/Untersuchung Ihren **Impfausweis** mit!

Bitte Teilen Sie uns auch Ihre **Notfallkontakte** mit:

1. Bezugsperson: Name, Vorname:_____

   Adresse:_____ Telefonnummer:_____

   Bezug zu Ihnen (Ehepartner, Kind, Geschwister):_____

2. Bezugsperson: Name, Vorname:_____

   Adresse:_____ Telefonnummer:_____

   Bezug zu Ihnen (Ehepartner, Kind, Geschwister):_____

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam Datum:_____

*Zutreffendes bitte ankreuzen