

Liebe Patientin, lieber Patient!

Herzlich willkommen in Ihrer Hausarztpraxis!

Die nachfolgende Erhebung ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Bitte legen Sie vor Ihrem ersten Termin folgende Dokumente vor. Gerne auch mit Betreff:
Neuaufnahme elektronisch an info@wupperpraxis-leichlingen.de oder per Fax an: 02175 - 970938

- Krankenversicherungskarte, ggfs Gebührenbefreiung
- Medikamentenplan (vorzugsweise mit QR Code)
- Diagnoseliste (z.B. im Auszug aus Ihrer Patientenakte Ihres alten Hausarztes)
- evtl Ergebnisse von Blutuntersuchungen, Facharztbefunde, Krankenhausentlassbriefe
- Impfpass

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir keinen Zugriff auf Ihre Unterlagen vom vorherigen Hausarzt haben.

Name des Patienten:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	Mobil:
Beruf bzw. aktuelle Tätigkeit:	Emailadresse:
Pflegegrad:	Gebührenbefreiung: ja nein Bitte mitbringen

Ist oder war eine der folgenden **Erkrankung bei Ihnen** bekannt?

Schilddrüse (z.B. Unter- oder Überfunktion)

Lunge (z.B. Asthma, COPD, Tbc)

Herz (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern)

Bluthochdruck

Erhöhte Blutfettwerte

Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)

Leber (z.B. Hepatitis, Gallensteine)

Nieren

Magen- Darm (z.B. Magenbrennen, CED)

Durchblutungsstörung/pAVK

Krampfadern

Schlaganfall

Orthopädische Erkrankungen (z.B. Bandscheiben, Hüfte, Knie)

Haut

Krebserkrankung

Seelische Leiden (z.B. Depression, Burn out)

Sonstige Erkrankung

Ist Ihr Impfstatus vollständig?	unklar	Ja	Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht ? <i>Bei betreuten Patienten bitte Betreuungsverfügung in Kopie beifügen. Bei Pflegeheimpatienten bitte Patientenstammblatt in Kopie beifügen.</i>		Ja	Nein
Haben Sie schon einmal an einem DMP (disease management program) Ihrer Krankenkasse teilgenommen? <i>Wenn ja, welches?</i>		Ja	Nein
Haben Sie schon einmal an einem Hausarztvertrag teilgenommen (HZV)?		Ja	Nein
Haben Sie Allergien/Medikamentenunverträglichkeiten ? (z.B. auf <i>Penicillin</i>) Welche?		Ja	Nein
Sind Sie schon einmal operiert worden? Was wurde operiert?		Ja	Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, seit wann und wie viele Zigaretten pro Tag? Ich rauche nicht mehr seit:		Ja	Nein
Trinken Sie täglich oder wöchentlich Alkohol ? Wenn ja, im Durchschnitt wie viel pro Tag?		Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <i>(Auch Pille, Nahrungsergänzungsmittel, Johanniskraut oder andere Pflanzliche Präparate).</i> <i>Bitte reichen Sie uns Ihren Medikamentenplan (gerne mit QR Code) ein oder tragen Sie ein: Medikament, Dosierung und Einnahmezeit (ggfs Rückseite verwenden) (z.B. <i>Ramipril 5mg Tabletten, 1-0-1</i>):</i>		Ja	Nein

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!