

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!