

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