

Anfrage Neupatienten



Liebe Patientin, lieber Patient,

Wir freuen uns sehr, dass Sie auf uns Aufmerksam geworden sind.

Um die Versorgung unserer Bestandspatienten und einen reibungslosen Ablauf garantieren zu können, besteht leider die Notwendigkeit die Aufnahme neuer Patienten zu beschränken. Gerne können Sie die u.g. Anfrage bei uns hinterlegen, sodass wir Ihnen zeitnah mitteilen können, ob und wann die Übernahme der Versorgung möglich ist.

Bitte füllen Sie den anhängenden Anamnesebogen **wahrheitsgemäß** aus und beantworten die folgenden Fragen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Versicherung: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Werden bereits Familienmitglieder in unserer Praxis versorgt? Nein Ja
Falls ja, wer? _____

Warum wollen Sie Ihre Hausarztpraxis wechseln? Sind Sie zugezogen, wenn ja wann?

Wer hat Sie zuletzt hausärztlich betreut? Bitte auch Adresse bzw. Ort angeben

Distanz unserer Praxis zu Ihrem aktuellen Wohnort?

Wie oft besuchten Sie im vergangenen Jahr Ihre bisherige Hausarztpraxis?

Nach ärztlicher Sichtung werden wir uns bei Ihnen melden und berichten, ob wir Sie hausärztlich in unseren kleinen Praxisräumen betreuen können.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Anamnesebogen für Neupatienten



Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Versicherung: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Sind bei Ihnen *Vorerkrankungen* bekannt? Nein Ja

Wenn ja, welche?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> KHK |
| <input type="checkbox"/> Magen/Darm | <input type="checkbox"/> Leber/Galle | <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> neurolog. Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> Krankheiten im Bauchbereich | |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | | <input type="checkbox"/> Chronische Infektionskrankheiten | |

o.g. Erkrankungen erörtern: _____

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil? Nein Ja

Wenn ja, an welchem? Diabetes KHK COPD Asthma Osteoporose

Rauchen Sie? Nein Ja Ex-Raucher seit _____ Jahren.
 Wenn ja, wie viele: _____ seit _____ Jahren

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja
 Wenn ja, wie oft? Wieviel? _____

Haben Sie Allergien gegen Medikamente? Nein Ja
 Falls ja, gegen welche? _____

Haben Sie andere Allergien? Nein Ja
 Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig *Medikamente* ein?

Name des Medikaments	Stärke	morgens	mittags	abends
<i>Beispiel: Ibuprofen</i>	<i>400mg</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0,5</i>

Bisherige (fach-)ärztliche Behandlung durch (Name, Anschrift und Telefon)

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie uns noch mitteilen möchten?

Wichtige Information: bei akuten Erkrankungen dürfen Sie täglich zwischen 10-11 Uhr oder Donnerstags um 16 Uhr auch **ohne** Termin vorstellig werden. Zur besseren Planung bitten wir Sie Termine an der Anmeldung oder via Doctolib zu vereinbaren.

Bringen Sie Bitte Ihren Impfausweis zum Folgetermin mit.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Ajam-Oghli & Buth, diese in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind lediglich für den internen Gebrauch in der Praxis bestimmt und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Langenfeld, den _____

Unterschrift