



Aufnahmebogen

Herzlich willkommen bei den PlusDocs.

Helfen Sie uns bitte, indem Sie uns ein paar Informationen über sich geben. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, an die auch unser gesamtes Praxisteam gebunden ist.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Bisheriger Hausarztpraxis: _____

Mitglied Berentet Familienmitglied Zahlungsbefreit

Angehörige, die im Notfall verständigt werden sollen

Name: _____ Telefon: _____

Name: _____ Telefon: _____

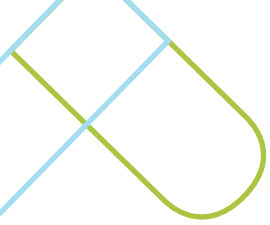
Entbindung von der Schweigepflicht

Um Ihren Angehörigen oder nahen Bekannten Befunde mitteilen zu dürfen, oder diese Personen über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Name	Verwandtschafts- / Beziehungsgrad	Telefon

Ich willige ein, dass Rezepte, Überweisungen, Befunde und sonstige Unterlagen an oben genannte Vertrauenspersonen übermittelt oder ausgehändigt werden dürfen.





Aufnahmebogen

Als Allgemeinarztpraxis wollen wir in engem Austausch mit Ihnen stehen und manchmal müssen wir Sie kontaktieren. Dafür möchten wir Sie um Erlaubnis bitten.

Ich willige hiermit ein, dass mich die Praxis von sich aus kontaktieren darf, um u.a. Befunde mitzuteilen, Termine zu vereinbaren, zu ändern oder daran zu erinnern (Recall).

Als Allgemeinärzte wollen wir Dreh- und Angelpunkt Ihrer Gesundheitsversorgung sein. Wir müssen dafür Informationen mit anderen Leistungserbringern im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben austauschen.

- Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur Einholung bzw. Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden von bzw. an andere Leistungserbringer (Fachärzte, Facharztpraxen, Krankenkassen, bisherige Hausarztpraxis, Ämter,) im Gesundheitswesen und versichere alle Angaben wahrheitsgemäß abzugeben. Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass die digitale Übermittlung von Gesundheitsdaten mit Sicherheitsrisiken verbunden ist und ein Versand von Befunden per E-Mail deshalb grundsätzlich nicht möglich ist.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Hausbesuche nur im Einzugsgebiet der Praxis angeboten werden können und bin damit einverstanden.

Wir bieten in dringenden Fällen natürlich Hausbesuche an. Bitte haben Sie aber Verständnis, dass wir das nur in unserem Praxis-Einzugsgebiet gewährleisten können. Unser Praxisteam informiert Sie gerne darüber, inwieweit Sie betroffen sind.

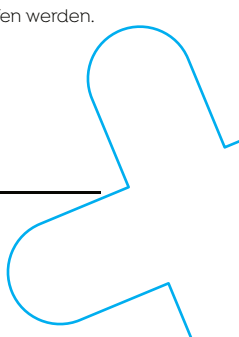
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

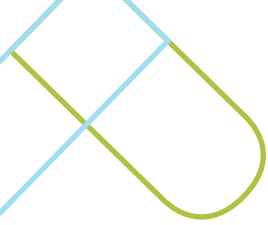
- Empfehlung
- Internet: Google Jameda Social Media
- Sonstiges: _____
- Nähe Wohnort
- Telefon-/ Branchenbuch

Wir legen Wert auf Ihre Meinung. Was ist Ihnen an Ihrer Arztpraxis besonders wichtig?

Diese Einverständniserklärungen können von mir jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angabe von Gründen gegenüber der Praxis widerrufen werden.

Datum, Unterschrift: _____





Aufnahmebogen

Persönliche Angaben

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anlass des heutigen Besuches

Erstvorstellung / Hausarztwechsel Interesse an Vorsorgeuntersuchung / Check-Up

Kontrolle Impfstatus

Konkretes Problem: _____

Sollen wir Sie zukünftig hausärztlich betreuen?

Ja Nein Informationen zum Hausarztmodell der gesetzlichen Krankenkassen finden Sie in Ihrer Patientenmappe.

Falls ja, füllen Sie bitte folgende Abschnitte aus:

Bekannte Vorerkrankungen: _____

Medikamente

Siehe Medikamentenplan

Name	Dosis	Wann? (z. B. 1-0-0)

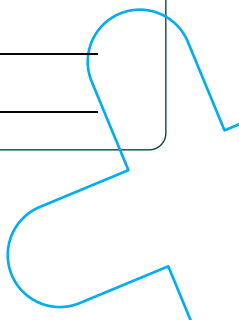
Allergien

Wespe / Biene Pollen Allergischer Schock in der Vergangenheit

Lebensmittel: _____

Medikamente: _____

Sonstiges: _____





Aufnahmebogen

Operationen

Implantate:

Hüfte Knie Schulter Wirbelsäule Schrittmacher Herzklappe Port

Lebensgewohnheiten

Rauchen Ja, seit: _____ Nein Nicht mehr seit: _____

Alkohol Nie Selten Gelegentlich Öfters, und zwar: _____

Rauchen Ja, seit: _____ Nein Nicht mehr seit: _____

Größe _____ Gewicht _____

Sport / Bewegung _____ Stunden pro Woche _____

Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung? _____

Wann war Ihre letzte Impfung? _____

Sozialanamnese

Pflegegrad nein Ja, _____ Schwerbehinderung nein Ja, GdB in % _____

Patientenverfügung vorhanden

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Beschäftigt in Vollzeit Beschäftigt in Teilzeit Beschäftigt im Schichtdienst Rente

Nicht berufstätig Selbstständig Schule / Ausbildung

Wohn- / Lebenssituation

Alleine In Partnerschaft Sorgepflichtige Kinder

Erwachsene Kinder Betreutes Wohnen Seniorenheim

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt?

Herzinfarkt Schlaganfall Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) Bluthochdruck

Arthrose Diabetes Rheumatische Erkrankungen

Krebserkrankungen _____