

## PERSÖNLICHE ANGABEN

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Strasse Hausnr.

\_\_\_\_\_

Telefon zu Hause

\_\_\_\_\_

Telefon mobil

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_

Email

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

Soll in dringenden Fällen jemand verständigt werden?

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Telefon

## SEHR GEEHRTE PATIENTINNEN, SEHR GEEHRTE PATIENTEN

willkommen in unserer Praxis.

Uns umfassend um Sie zu kümmern ist uns ein wichtiges Anliegen. Hierfür möchten wir uns ein ganzheitliches Bild von Ihnen machen.

Es hat sich gezeigt, dass die Inhalte der folgenden Fragen im Verlauf der hausärztlichen Betreuung sehr häufig thematisiert werden. Die abgefragten Aspekte schon zu von Beginn an zu wissen, erweitert unser Sichtfeld und verbessert Ihre Betreuung. Bitte nehmen Sie sich daher Zeit für eine gewissenhafte Beantwortung der Fragen.

Ihre Auskünfte behandeln wir vertrauensvoll und sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht das persönliche Gespräch, helfen uns aber, uns darauf vorzubereiten und zielgerichtet mit Ihnen eine für Sie passende hausärztliche Betreuung zu planen. Dies schafft zusätzlichen Freiraum im persönlichen Gespräch.

Auch bieten viele Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen ergänzende Angebote, die wir Ihnen dann vorstellen können.

## Aufnahmebogen



## ALLGEMEINE DATEN

\_\_\_\_\_ Jahre  
Alter

\_\_\_\_\_ cm  
Größe

\_\_\_\_\_ kg  
Gewicht

W  M  D  
Geschlecht

# A

## IHRE VORGESCHICHTE

Ja Nein

- A01** Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
Wenn „Ja“, legen Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan bei  J  N
- A02** Müssen Sie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen?  
(allgemein empfohlene Krebsvorsorgeuntersuchungen ausgenommen)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N
- A03** Haben Sie regelmäßige Therapieneinheiten?  
Physio-, Logo-, Ergo- und/oder Psychotherapie  J  N
- A04** Hatte sie „grössere“ Operationen? (z. B. Bauch, Gelenkersatz, Herz, ...)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N
- A05** Wurde Ihnen empfohlen bestimmte Nahrungsmittel zu meiden?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N
- A06** Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel / Medikamente nicht?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N  
Welche Beschwerden treten auf? \_\_\_\_\_
- A07** Haben Sie einen Pflegegrad oder Grad der Behinderung?  
Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_  J  N
- A08** Haben Sie sonstige Einschränkungen oder gesundheitliche Besonderheiten auf die Sie im Alltag Rücksicht nehmen müssen?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  J  N
- A09** Haben Sie regelmäßig Schmerzen?  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  J  N

# B

## IHRE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

- B01** Haben sie Einschränkungen beim Gehen? (ohne Pause)  J  N  
wohnungsmobil  < 100 m  100 - 500 m  500 - 1000 m   
mit Hilfsmittel  welches \_\_\_\_\_
- B02** Können Sie Treppensteigen? (ohne Pause)  J  N  
1 Etage  2 Etagen  3 Etagen  >3 Etagen

## C IHR LEBENSUMFELD

C01 Wer lebt mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachangaben möglich)  
ich lebe allein  Ehepartner / Partner  Kinder                       Alter  Andere

C02 Welchen Beruf/Tätigkeit üben Sie aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt?  
\_\_\_\_\_  
Längerfristig arbeitsunfähig oder frühberentet, wegen \_\_\_\_\_

C03 Sportliche Betätigung?  <1  1-2  2-3  >3 Stunden pro Woche  
Welche Sportart \_\_\_\_\_

## D IHR RISIKOPROFIL

D01 Gibt es chronische Erkrankungen bei Ihren Eltern/Geschwistern?  
Herzinfarkt / Schlaganfall  Diabetes mellitus   J  N  
Autoimmunerkrankungen  Andere  \_\_\_\_\_

D02 Rauchen Sie?  J  N \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag / Schachteln pro Woche

D03 Wann war Ihre letzte hausärztliche Vorsorgeuntersuchung (Check-up 35)?  
in den letzten 3 Jahren  länger als 3 Jahre her / nicht erinnerlich

## E IHRE LEBENSQUALITÄT

E01 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?  
sehr gut  zufriedenstellend  verbesserungswürdig

E02 Wie würden Sie Ihre Stimmung im Allgemeinen beschreiben?  
sehr gut  zufriedenstellend  verbesserungswürdig

E03 Wird Ihr Alltag beeinträchtigt durch (ungefähre Angaben)

		> 10 Tage/Monat	> 3 Monate
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit oder Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausgeprägte Tagesmüdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen oder nächtliche Atempausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst oder Panik ohne passenden Grund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot bei leichter Belastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

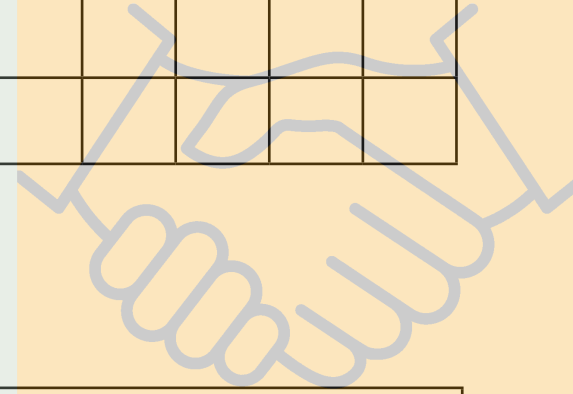
# F

## IHRE MEDIKAMENTE

Medikamentenplan beigelegt

Name	Dosis	F	M	A	N

Aufnahmebogen



# G

## IHRE ANMERKUNGEN

Hier haben Sie Platz für Ergänzungen


Augsburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# H UNSERE BÜROKRATIE

H01 Die praxiseigene Datenschutzrichtlinie habe ich gelesen und bin mit den dort beschriebenen Vorgehensweisen zur Datenspeicherung und Datenverarbeitung einverstanden.  J  N

H02 Mit der Weitergabe von Untersuchungsergebnissen oder Informationen über meinen Gesundheitszustand an mir nahe stehende, unten genannte Personen bin ich einverstanden.  J  N

Name	Verwandtschaftsgrad	Telefonnummer

H03 Sollte ich selbst nicht in die Praxis kommen können, bin ich mit der Ausgabe von Rezepten, Verordnungen oder ähnlichen Formularen an von mir beauftragte, aber hier nicht namentlich benannte Dritte einverstanden.  J  N

- H04 Ich bin einverstanden
- mit der Zusendung von Emails / Post zur Terminerinnerung.  J  N
  - mit der Zusendung von Emails / Post zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen.  J  N
  - mit der Zusendung von Emails / Post mit Praxisinformationen.  J  N
  - mit der Durchführung von Videosprechstunden über zertifizierte (DGSVO-konforme) Portale.  J  N

Augsburg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# I UNSERE STATISTIK

I01 Wie haben Sie von uns erfahren?  
persönliche Empfehlung  Internetsuche  Anzeige / Flyer  Praxisschild

I02 Haben Sie Interesse an unserer PraxisApp zur Terminvereinbarung, Rezeptbestellung oder für Anfragen?  J  N

## J GEMEINSAMES WIN-WIN

**DMP** Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme der Krankenkassen, die chronisch Erkrankten dabei helfen sollen ihre Erkrankung in den Griff zu bekommen und die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten. Hierbei wird die Therapie regelmäßig überprüft und an das aktuelle Befinden angepasst. Ergänzt wird dies mit Patientenschulungen. Die positive Wirkung der DMP ist durch wissenschaftliche Studien belegt.

Um diese Programme anbieten zu können muss eine Praxis bestimmte Voraussetzungen erfüllen und die Ärzte regelmäßige Fortbildungen in diesem Bereich nachweisen.

Aktuell werden diese Programme für Asthma und COPD, sowie KHK und Diabetes angeboten. Die Aufnahme weiterer Versorgungspläne ist bundesweit in Planung.

**HZV** Seit 2007 sind die Krankenkassen verpflichtet, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. In diesem Versorgungsmodell ist der Hausarzt die erste Anlaufstelle für den Patienten und koordiniert sämtliche Behandlungsschritte.

Die Vorteile für den Patienten liegen daran dass durch einen koordinierenden Arzt Wartezeiten externer teilweise Untersuchungen verkürzt werden und sich belastende Mehrfachuntersuchungen vermeiden lassen. Ebenso sinkt die Gefahr medikamentöser Überverordnung und das Risiko von Wechselwirkungskomplikationen.

Die Teilnahme an dieser Versorgungsform bedeutet für den Patienten, dass er Fachärzte (Ausnahme Frauen-, Kinder- oder Augenärzte) nur nach vorheriger Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch nehmen kann. Für unsere Praxis können wir aber sagen, dass wir in der Vergangenheit dies immer ermöglicht haben, auf Wunsch Empfehlungen aussprechen und teilweise die Terminfindung beschleunigt haben.

Neben dieser organisatorischen Vorgabe ist jedoch ein relevanter gesundheitlicher Vorteil, dass Vorsorgeuntersuchungen häufiger durchgeführt werden können.

Es konnte gezeigt werden, dass insbesondere Menschen mit Vorerkrankungen von der Aufnahme in die hausarztzentrierte Versorgung profitieren.

**IGeL** In Deutschland ist im gesetzlichen Versicherungssystem eine solide und anerkannte Versorgung von Krankheiten gewährleistet. Dennoch bestehen in Vorsorge oder bei ergänzenden Therapieverfahren Möglichkeiten, die nicht übernommen werden.

Da unsere fachlichen Kompetenzen das allgemeinmedizinische Spektrum deutlich übertreffen sind wir in der Lage Ihnen deutlich mehr Leistungen in Vorsorge und Therapie anzubieten, als im gesetzlichen Kassenwesen für Hausärzte vorgesehen.

Handelt es sich dabei Leistungen, die von Fachgesellschaften empfohlen sind und/oder deren Nutzen wissenschaftlich nachgewiesen ist, möchten wir Ihnen diese nicht vorenthalten.

Wir bieten diese Zusatzverfahren daher auch gesetzlich versicherten Patienten zu einem ermäßigten Privatsatz an.