

# PERSÖNLICHE ANGABEN

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Strasse Hausnr. , ggf. Stockwerk

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon zu Hause

\_\_\_\_\_  
Telefon geschäftlich

\_\_\_\_\_  
Telefon mobil

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

Sollte ich nicht erreichbar sein, kann der Kontakt in dringenden Fällen über folgende Person versucht werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon

## SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

willkommen in unserer Praxis.

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

Unser Fragenkatalog wirkt sehr umfangreich und detailliert. 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.

Die nachfolgenden Fragen sollen nicht das persönliche Gespräch ersetzen. Sie helfen aber in der Vorbereitung darauf. Die für Sie passende hausärztliche Betreuung können wir so gemeinsam und zielgerichtet planen. Dies schafft zusätzlichen zeitlichen Freiraum im persönlichen Gespräch.

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

Sollte der Platz für Ihre Antwort nicht ausreichen, finden sie auf der letzten Seite die Möglichkeit für Anmerkungen Ihre Auskünfte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertrauensvoll behandelt.

## Aufnahmebogen



## ALLGEMEINE DATEN

\_\_\_\_\_  
Alter

Jahre

\_\_\_\_\_  
Größe

cm

\_\_\_\_\_  
Gewicht

kg

W  M  D  
Geschlecht

Schüler / Student

angestellt

selbstständig

Rentner

Berufliche Wochenarbeitszeit  keine

Stunden / Woche

< 10

10 - 20

21 - 30

31 - 40

> 40

## A IHRE VORGESCHICHTE

- 01** Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  J  N  
Wenn „Ja“, legen Sie bitte Ihren aktuellen Medikationsplan bei diesem Fragebogen bei.
- 02** Müssen Sie regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen? (allgemein empfohlene Krebsvorsorgeuntersuchungen ausgenommen)  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 03** Haben Sie regelmäßige Therapieneinheiten? (z. B. Physio-, Logo-, Ergo- und/oder Psychotherapie)  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 04** Hatten sie „grössere“ Operationen? (z. B. Bauch-, Herz-OP, Gelenkersatz)  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 05** Wurde Ihnen empfohlen bestimmte Nahrungsmittel zu meiden?  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 06** Vertragen Sie bestimmte Nahrungsmittel / Medikamente nicht?  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Welche Beschwerden treten auf? \_\_\_\_\_
- 07** Haben Sie einen Pflegegrad oder Grad der Behinderung?  J  N  
Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_
- 08** Gehen Sie regelmässig zu anderen Fachärzten?  J  N  
Wenn ja, bitte unter „H“ eintragen
- 09** Haben Sie sonstige Einschränkungen oder gesundheitliche Besonderheiten auf die Sie im Alltag Rücksicht nehmen müssen?  J  N  
Wenn ja, bitte unter „I“ eintragen

## B IHRE LEISTUNGSFÄHIGKEIT

- 01** Haben sie Einschränkungen beim Gehen?  J  N  
(ohne Pause)  
 wohnungsmobil  max. 100 m  
 max. 250 m  max. 500 m  
 Hilfsmittel welches \_\_\_\_\_
- 02** Haben sie Einschränkungen beim Treppensteigen?  J  N  
Etagen max.  1  2  3 ohne Pause

## C IHR LEBENSUMFELD

- 01** Wer lebt mit Ihnen in Ihrem Haushalt?  
 ich lebe allein  Ehe-/Lebenspartner  
 Kinder \_\_\_\_\_  Andere  
Alter \_\_\_\_\_
- 02** Welchen Beruf/Tätigkeit üben Sie aus bzw. haben Sie zuletzt ausgeübt? \_\_\_\_\_  
Längerfristig arbeitsunfähig oder frühberentet, wegen \_\_\_\_\_
- 03** Arbeiten Sie im Schichtdienst?  J  N  
 Nachtschicht  7 Tage-Woche
- 04** Treiben Sie Sport?  J  N  
Stunden / Woche  <1  1-2  2-3  >3  
Welche Sportart \_\_\_\_\_

## D IHR RISIKOPROFIL

- 01** Gibt es chronische Erkrankungen bei Ihren Eltern/ Geschwistern?  
 Herzinfarkt / Schlaganfall  Diabetes mellitus  
 Autoimmunerkrankungen  Andere
- 02** Ist ein naher Verwandter in jungen Jahren an einer Erkrankung verstorben?  J  N
- 03** Rauchen Sie?  J  N  
\_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag \_\_\_\_\_ Jahre
- 04** Wann war Ihre letzten hausärztlichen Vorsorgeuntersuchung (Check-up 35)?  
 in den letzten 3 Jahren  
 länger als 3 Jahre her / nicht erinnerlich

## E IHRE LEBENSQUALITÄT

- 01** Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand bezeichnen?  
 sehr gut  zufriedenstellend  
 verbesserungswürdig
- 02** Wie würden Sie Ihre Stimmung bezeichnen?  
 sehr gut  zufriedenstellend  
 verbesserungswürdig
- 02** Wie würden Sie Ihren Schlaf im allgemeinen bezeichnen?  
 erholsam  nicht erholsam
- 03** Wird Ihr Alltag beeinträchtigt durch  
 Schmerzen  
 Verdauungsbeschwerden  
 Übelkeit  
 Traurigkeit oder Antriebslosigkeit  
 Schlafstörungen  
 Müdigkeit / Erschöpfung  
 Schnarchen oder nächtliche Atempausen  
 Angst oder Panik ohne passenden Grund  
 Atemnot bei nach einem Stockwerk  
 Einsamkeit

## F IHRE WÜNSCHE

- 01** Bitte wählen Sie aus den folgenden Vorschlägen die „Top 3“ Ihrer Wünsche an uns aus.  
 körperliche Ausdauer verbessern  
 Gewichtsreduktion  
 Stressresilienz verbessern / Psyche stabilisieren  
 Konzentration verbessern  
 Immunsystem stärken  
 Gesundheitserhalt und Krankheitsvorsorge  
 Medikamentenreduktion  
 Schlaf verbessern  
 Schmerz lindern  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## G IHRE MEDIKAMENTE

Wir möchten Ihnen Ihre bestehende Medikation zuverlässig in bisheriger Dosierung und Einnahme weiterverordnen. Hierfür benötigen wir einen aktuellen Medikationsplan oder einen aktuellen Entlassbrief aus dem Krankenhaus (max. 3 Monate alt).

Ebenso ist es wichtig auch zu wissen, welche Medikamente Ihnen von anderen Ärzten verschrieben wurden. Nur so lassen sich Wechselwirkungen oder Unverträglichkeiten vermeiden.

Bitte geben Sie auch regelmäßige oder bedarfsangepasste Anwendungen von Sprays oder Salben an. Gleiches gilt für die Einnahme von Schmerz- oder Schlaftabletten.

Auch freiverkäufliche pflanzliche Präparate können die Wirkung anderer Medikamente beeinflussen. Bitte benennen Sie auch diese. (Eintragungen ggf. unter „I“)

keine Dauermedikation     Medikationsplan beigelegt     Entlassbrief beigelegt

## H IHRE FÄCHÄRZTE

Name	Fach

## I IHRE ANMERKUNGEN

Hier haben Sie Platz für Ergänzungen


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

Unterschrift \_\_\_\_\_

# J UNSERE BÜROKRATIE

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

02 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

03 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

04 Ich bin einverstanden

- mit der Zusendung von Emails / Post zur Terminbestätigung und Terminerinnerung.  J  N
- mit der Zusendung von Emails / Post zur Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen.  J  N
- mit der Zusendung von Emails / Post mit Praxisinformationen. (max 4x/ Jahr)  J  N
- mit der Durchführung von Videosprechstunden über zertifizierte (DGSVO-konforme) Portale.  J  N

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

# K UNSERE STATISTIK

01 Wie haben Sie von uns erfahren bzw. warum haben Sie sich für uns entschieden?

- Empfehlung       Internetsuche       Anzeige / Flyer       Praxisschild  
 Social media       Website       Bewertung       Sonstiges

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