



# HAUSARZTPRAXIS KATHY GÖTZE

Fachärztin für Allgemeinmedizin / Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

## Neuanmeldung in unserer Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient.

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen zu Ihrem ersten Termin mitzubringen. Bitte denken Sie auch an Ihren Medikamentenplan, Impf- sowie Allergieausweis.

Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  Geschlecht:

Straße:  Hausnummer:

Postleitzahl:  Ort:

Telefonnummer:  mobil:

E-Mail:

Kontaktpersonen:

Beruf:  Familienstand:

Schwerbehinderung:  Ja  Nein Pflegegrad:  Nein  Ja Grad:

Größe:  cm Gewicht:  kg

Bisheriger Hausarzt:  Im Hausarztprogramm (HZV)?  Ja  Nein

Sonstige behandelnde Ärzte:

Seite 2

Haben Sie besondere Ernährungsgewohnheiten?

vegan     vegetarisch     laktosefrei     glutenfrei

Allergien:

Rauchen:     Ja     Nein    Jahre: , wie viele Zigaretten täglich:

Alkohol:     Ja     Nein    wie häufig:

Vorerkrankungen (bitte ankreuzen):

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           | <input type="checkbox"/> Sucht            |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Thrombose              | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/KHK | <input type="checkbox"/> erhöhte Fettwerte      | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |

Operationen :

Andere Erkrankungen:

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

Wenn „Ja“:     KHK     Diabetes     COPD

Medikation:

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorsorgeuntersuchungen:

Hatten Sie ein Hautkrebsscreening?  Ja wann   Nein

Hatten Sie eine Darmspiegelung?  Ja letztmalig   Nein

Für Patienten über 35 Jahre: Wann war Ihr letzter Check-Up?

Für Männer ab dem 65. Lebensjahr: Ultraschall Bauchgefäß?  Ja  Nein

Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen:

- Diabetes                       Schlaganfall                       Sucht
- Bluthochdruck                       Thrombose                       Krebserkrankung
- Herzinfarkt/KHK                       erhöhte Fettwerte                       Lungenerkrankung
- Herzschwäche                       Schilddrüsenerkrankung                       Nierenerkrankung

Hatten Sie bereits ein EKG?  Ja  Nein

Hatten Sie bereits ein LZ-EKG?  Ja  Nein

Hatten Sie bereits ein LZ-RR?  Ja  Nein

Haben Sie Schmerzen in den Waden beim Laufen?  Ja  Nein

Wurden Sie bereits über eine eventuelle Patientenverfügung aufgeklärt?  Ja  Nein

Wurden Sie bereits über eine eventuelle Vorsorgevollmacht aufgeklärt?  Ja  Nein

Haben Sie diese beiden?  Ja  Nein

Haben Sie einen Organspendeausweis?  Ja  Nein

Haben Sie einen Impfausweis?  Ja  Nein, bitte zum Termin mitbringen.

Bitte bestätigen Sie Ihre Angaben mit Ihrer Unterschrift (gegebenenfalls Betreuer).

---