



Arztpraxis (BAG Götze eGbR)

Kathy Götze : Fachärztin für Allgemeinmedizin / ZB : Palliativmedizin
Matthias Götze : Facharzt für Innere Medizin - Hausärztliche Versorgung

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:

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):

☐ Diabetes

☐ Schlaganfall

☐ Sucht

☐ Bluthochdruck

☐ Thrombose

☐ Krebserkrankung

☐ Herzinfarkt/KHK

☐ erhöhte Fettwerte

☐ Lungenerkrankung

☐ Herzschwäche

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ 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

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).
