



Aufnahmebogen für neue Patientinnen und Patienten

Herzlich willkommen! Ihre Angaben helfen uns, Sie von Anfang an gut zu betreuen. Bitte füllen Sie den Bogen so weit wie möglich aus – bei Fragen hilft Ihnen unser Team an der Anmeldung gerne.

Persönliche Daten

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Geburtsort	_____
Straße, Hausnummer	_____		
PLZ, Ort	_____	Beruf	_____
Telefon	_____	Mobil	_____
E-Mail	_____		
Krankenkasse	_____	Bisherige Hausarztpraxis	_____

Notfallkontakt

Name	_____	Telefon	_____
------	-------	---------	-------

Grund Ihres Besuchs / aktuelle Beschwerden

Vorerkrankungen

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzerkrankung | ☐ Diabetes |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Asthma / COPD | ☐ Krebserkrankung |
| ☐ Nierenerkrankung | ☐ Lebererkrankung | ☐ Psychische Erkrankung |

Sonstige _____

Operationen (mit ungefährem Jahr)



Allergien und Unverträglichkeiten (insbesondere Medikamente)

Aktuelle Medikamente

☐ Ein aktueller Medikationsplan liegt bei / wird mitgebracht

Medikament	Dosierung	morgens	mittags	abends

Lebensgewohnheiten

☐ Nichtraucher/in ☐ Raucher/in Zigaretten pro Tag _____
Alkohol (wie oft, was) _____

Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister)

☐ Herzinfarkt / Schlaganfall ☐ Diabetes ☐ Krebserkrankung
Sonstige / bei wem _____

Zum ersten Termin

- ☐ Impfpass liegt bei / wird mitgebracht
☐ Vorbefunde / Arztbriefe liegen bei
☐ Ich wünsche Informationen zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

Einwilligung zur Kontaktaufnahme

Die Praxis darf mich zu Befunden, Terminen und Erinnerungen kontaktieren per:

☐ Telefon ☐ E-Mail ☐ Post

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: Sorgeberechtigte)