



Robert Barring
Dr.med. Bettina Schickan
Dr.med. Wencke Lindwedel

- Fachärzte für Allgemeinmedizin
und Naturheilverfahren -
Ärztehaus: Kurzer Hagen 18 – 20, 31134 Hildesheim
Telefon: 05121 36292 Fax: 05121 39999

Praxis-Aufnahmebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir freuen uns, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und heißen Sie herzlich willkommen in unserer Praxis. Bevor wir uns um Ihre Beschwerden/individuellen Bedürfnisse kümmern können, benötigen wir im Vorfeld – neben Ihren Personalien – auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, Vorerkrankungen (ggf. Befunde in Kopie), Allergien usw. - dies ist uns wichtig für eine adäquate und risikofreie Behandlung. Selbstverständlich unterliegen all Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1) Angaben zur Person

Patient: Name, Vorname: _____

Patient: Geburtsdatum: _____

Versicherter: Name, Vorname: _____

Versicherter: Geburtsdatum: _____

Anschrift privat: _____

Telefon privat (+ Handynummer): _____

E-Mail/Telefax privat: _____

Im Notfall benachrichtigen:

(Name, Verwandtschaftsgrad, Handynummer) _____

Beruf: _____

Name u. Anschrift Arbeitgeber: _____

Telefon/Telefax/E-Mail dienstlich: _____

Krankenkasse, Versicherung: _____

Ich bin (bitte kreuzen Sie an):

- gesetzlich pflichtversichert
- gesetzlich freiwillig versichert
- beihilfeberechtigt privat
- voll privat versichert

2) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet

auf Empfehlung von: _____

sonstiges: _____

3) Mitbehandelnde Ärztinnen & Ärzte

Bisheriger Hausarzt: _____

Weitere Fachkollegen: _____

4) Grund Ihres Besuchs (aktuelles Krankheits-/Beschwerdebild)

5) Für Frauen

Besteht eine Schwangerschaft? _____

Wechseljahres-Beschwerden? (wenn ja, welche) _____

6) Impfschutz

Impfbuch vorhanden? _____

(bitte bringen Sie dieses bei Ihrem nächsten Besuch in unserer Praxis mit bzw. geben unserem Praxisteam einen Hinweis, wenn Sie ein neues Impfbuch benötigen – vielen Dank)

7) Wann war Ihre letzte

- Krebsvorsorgeuntersuchung? _____
- Gesundheitsuntersuchung? _____
- Hautuntersuchung (Hautscreening)? _____

8) Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? (bitte auch OP-Jahr angeben

9) Welche chronischen Erkrankungen/Allergien bestehen bei Ihnen?

- Raucher
- Alkohol-/Drogenproblematik vorhanden
- Bluthochdruck
- Herzerkrankung (welche?)
- Lungenerkrankung (welche?)
- Magen-Darm-Erkrankung (welche?)
- Reizdarm?
- Essstörungen (welche?)
- Rapide Gewichtsveränderung?
- Leber-Erkrankung (welche?)
- Chronische Schmerzen? (Muskel-/Skelettbereich?)
- Chronische Infekte? (welche?)
- Zahnprobleme (wenn ja, welche?)
- Sonstige _____
- Nieren-Erkrankung (welche?)
- Schilddrüsenerkrankung (welche?)
- Stoffwechsel-Erkrankung (welche?)
- Diabetes / Zuckerkrankheit (welche?)
- Erhöhte Blutfettwerte / Cholesterin
- Rheumatische Erkrankung (welche?)
- Gelenkerkrankung / Arthrose (welche?)
- chronische Müdigkeit? (CFS?)
- Schlafstörungen?
- Unkonzentriertheit?
- Prüfungsangst?
- Antriebsarmut?
- Libidostörungen?

Bestehen ALLERGIEN / Unverträglichkeiten?
Wenn ja, welche: _____

10) Welche Medikamente nehmen Sie als Dauermedikation?

Medikamente:	morgens	mittags	abends	zur Nacht

11) Fühlen Sie sich aktuell seelisch stark beansprucht? (Stress, Burnout)

- NEIN
- JA, mehr privat
- JA, mehr beruflich

12) Treiben Sie regelmäßig Sport?

- JA
- NEIN

13) Wie ernähren Sie sich? _____

14) Bitte tragen Sie hier Ihre Größe und Ihr aktuelles Gewicht ein:

Wir freuen uns auf Sie und danken für Ihre aktive Mithilfe
Robert Barring / Dr. med. Bettina Schickan / Dr. med. Wencke Lindwedel