

Patientenaufnahmebogen

Standort Primärpraxis: ☐ Waldesch ☐ Rhens ☐ Pfaffenheck

1. Persönliche Daten

Name	
Geburtsdatum	Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ divers
Staatsangehörigkeit	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ eingetr. Partnerschaft	
Beruf / Tätigkeit	
Krankenversicherung ☐ gesetzlich ☐ privat	Name der Krankenkasse
Bisherige/r Hausarzt/Hausärztin (Ort)	

3. Grund für den Hausarztwechsel (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Umzug
☐ Wechselwunsch
☐ Empfehlung
☐ Praxisauflösung / Ruhestand des bisherigen Arztes
☐ Nähe zum Wohnort / Arbeitsplatz
☐ Sonstiges: _____

4. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Internet / Website
☐ Google / Online-Bewertung
☐ Angehörige / Freunde
☐ Überweisung / Klinikentlassung
☐ Rücksprache mit Mitarbeiter: _____
☐ Sonstiges: _____

5. Medizinische Angaben

a) Bestehende chronische oder relevante Erkrankungen:

- ☐ Bluthochdruck ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes)
☐ Asthma / COPD ☐ Schilddrüsenerkrankung
☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung: _____
☐ Psychische Erkrankung (z. B. Depression, Angststörung): _____
☐ Krebserkrankung (aktuell oder in der Vorgeschichte): _____
☐ Sonstige relevante Erkrankungen/OPs: _____

b) Aktuell behandlungsbedürftige Beschwerden / Anliegen:

c) Regelmäßige Medikamente, ggf. aktuellen Plan beilegen:

d) Allergien / Unverträglichkeiten:

6. Organisatorische Hinweise

Alle Angaben sind freiwillig und dienen lediglich der besseren Organisation innerhalb der Praxis. Mit Ihrer Anmeldung bitten Sie um die Aufnahme in unsere hausärztliche Betreuung. Die endgültige Aufnahme erfolgt nach interner Prüfung der organisatorischen Kapazität und medizinischen Versorgungsschwerpunkte der Praxis. Bitte lesen Sie den beigefügten Behandlungsvertrag sorgfältig durch und geben diesen unterschrieben zurück, sofern Sie einverstanden sind. Sie erhalten zeitnah eine Rückmeldung.

7. Datenschutz und Einwilligung

Ich bin darüber informiert, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten gemäß den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ausschließlich zum Zweck der Patientenaufnahme und -betreuung verarbeitet werden.

☐ Ich erkläre mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Angaben zum Zweck der Aufnahmeprüfung einverstanden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

(alternativ gesetzl. Vertreter/ bei Minderjährigen Erziehungsberechtigter)

8. Interne Praxisnotizen (nicht vom Patienten auszufüllen)

☐ Kapazität vorhanden

☐ Arztzuordnung: _____

☐ Rückmeldung an Patienten erfolgt am: _____

Aufnahme

☐ bestätigt

☐ abgelehnt