	<p style="text-align: center;">Qualitätsmanagement</p> <p style="text-align: center;">Dateiname: Aufnahmebogen</p>	<p style="text-align: center;">Dr. med. Marianne Haase</p> <p style="text-align: center;">Fachärztin für Allgemeinmedizin Palliativmedizin -Hausärztliche Versorgung-</p> <p style="text-align: center;">Bahnhofstraße 20, 27419 Sittensen</p>
---	---	---

Herzlich Willkommen in unserer Praxis,

wir möchten, dass Sie sich bei uns wohlfühlen. Mit diesem Fragebogen möchten wir ein „unangenehmes Mithören“ an der Anmeldung vermeiden. Die folgenden Angaben benötigen wir, um Ihre Krankenakte anzulegen und um eine korrekte Abrechnung zu erstellen. Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig. Nehmen Sie sich Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unser Praxisteam.

Name und Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Handynummer:	
E-Mail-Adresse:	
Telefonnummern von Angehörigen:	
Krankenkasse:	
vorhandener Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Ja, Pflegegrad: <input type="checkbox"/> Nein

Patientenservice/Recall:

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über Kontrolltermine. (z.B. Gesundheitsuntersuchung oder Impfungen) Je nach Thema und Aktualität melden wir uns schriftlich, telefonisch oder per E-Mail bei Ihnen.

Ja, bitte erinnern Sie mich

Nein, eine Erinnerung ist nicht nötig


Datum und Unterschrift

Privatpatienten:

Unsere Liquidation wird über die private Verrechnungsstelle (PVS Bremen e.V.) versandt. Mit dem Datentransfer erkläre ich mich durch meine Unterschrift einverstanden:

Datum und Unterschrift

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: PL, QMB	Version: 1 / vom: 27.09.2021
Erstellt am 27.09.2021, K. Kittler-Tietjen	Freigegeben und bearbeitet am:	Seite 1 von 1

	Qualitätsmanagement Dateiname: Aufnahmebogen	Dr. med. Marianne Haase Fachärztin für Allgemeinmedizin Palliativmedizin -Hausärztliche Versorgung- Bahnhofstraße 20, 27419 Sittensen
---	---	--

Freiwillige Angaben:

Wir interessieren uns für Ihr persönliches Umfeld.

Beruf/Tätigkeit:	
Arbeitgeber:	
Kinder:	
Familienstand:	

Ihre Vorgeschichte

Die nachfolgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil. Sie erlauben dem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

Größe:	
Gewicht:	

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung?

Gesundheits-Check:	
Krebsvorsorge:	
Mammografie:	
Darmspiegelung:	

Sind Sie Raucher/in?

- Nein
 Ja, Menge pro Tag: _____

Nehmen Sie Drogen?

- Nein
 Ja, Menge/Welche/Wie oft: _____


Haben Sie Allergien?

- Nein
 Ja, Welche: _____

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: PL, QMB	Version: 1 / vom: 27.09.2021
Erstellt am 27.09.2021, K. Kittler-Tietjen	Freigegeben und bearbeitet am:	Seite 2 von 1

Eigen- und Familienanamnese:

	Ja	Nein	in der Familie
Krebs, welcher: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus			
Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautleiden, welches: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheit, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma-/Gelenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäulen-/Rückenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speiseröhre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-/Darmkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerz/Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p style="text-align: center;">Qualitätsmanagement</p> <p style="text-align: center;">Dateiname: Aufnahmebogen</p>	<p style="text-align: center;">Dr. med. Marianne Haase</p> <p style="text-align: center;">Fachärztin für Allgemeinmedizin Palliativmedizin -Hausärztliche Versorgung-</p> <p style="text-align: center;">Bahnhofstraße 20, 27419 Sittensen</p>
---	---	---

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte unbedingt ausfüllen!

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen ggf. mit nach Hause zu nehmen. Übertragen Sie dann gewissenhaft JEDES Medikament mit der entsprechenden Mengenangabe zur Einnahmezeit. Geben Sie den VOLLSTÄNDIG ausgefüllten oder Ihren aktuellen Medikamentenplan beim nächsten Besuch in der Praxis ab.

Ebenso bitte wir Sie, Ihren Impfpass mitzubringen, damit wir Sie für notwendige Impfungen beraten können.

Bitte nennen Sie auch die Medikamente, wie z.B. die Pille, die nicht in dieser Praxis verordnet werden.

	Medikament (bitte vollständigen Namen, ggf. mit Wirkstoffmenge (mg)	Morgens	Mittags	Abends	zur Nacht	andere Zeit
z.B.	xxxxx Kapseln mg Von Firma ...	1	1/2	1	0	0

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: PL, QMB	Version: 1 / vom: 27.09.2021
Erstellt am 27.09.2021, K. Kittler-Tietjen	Freigegeben und bearbeitet am:	Seite 4 von 1