Erhebungsbogen
für
Neupatientinnen und -patienten

Stand 01.09.2025

hausÄRZTEpraxis
GLEEN-FELDA

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns, dass Sie und Vertrauen entgegenbringen und durch unsere Gemeinschaftspraxis hausärztlich begleitet und behandelt werden möchten.

Dieser Erhebungsbogen soll es uns erleichtern, wichtige Informationen zu Ihrer Person, den bekannten Erkrankungen und den bisher eingenommenen Medikamenten zu erfassen. Die erhobenen Daten werden vertraulich behandelt. Es ist Ihnen überlassen, welche Informationen Sie an uns weitergeben. Ein gewissenhaftes Ausfüllen ermöglicht einen nahtlosen Übergang zu der hausärztlichen Versorgung in unserer Praxis.

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt in unserer Praxis vorbei oder spätesten zum Erstgespräch mit.

Persönliche Angaben

Name:	_____	Vorname:	_____
Straße/Nr:	_____	PLZ/Ort:	_____
Telefon zu Hause:	_____	Telefon mobil	_____
E-Mail:	_____	Krankenkasse:	_____
Beruf/Tätigkeit	_____		

Folgende Person(en) soll(en) im Notfall kontaktiert werden (Name und Telefonnummer):

_____

Folgende(r) Person(en) dürfen wir Ihre Befunde mitteilen (Schweigepflichtentbindung):

_____

- ☐ Ich nehme bereits an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teil
- ☐ Ich kann in der Regel die Praxis aufsuchen
- ☐ Ich benötige grundsätzlich Hausbesuche
- ☐ Grad der Behinderung (GdB) _____%
- ☐ Teilnahme DMP KHK
- ☐ Teilnahme DMP Diabetes mellitus Typ2
- ☐ Teilnahme DMP Asthma/COPD
- ☐ Pflegegrad _____

Vorerkrankungen

Folgende chronische Erkrankungen sind bekannt:

	Erkrankung	seit/wann		**Erkrankung**	seit/wann		**Erkrankung**	seit/wann
□	Bluthochdruck		□	Diabetes Typ1		□	Magen	
□	KHK		□	Diabetes Typ2		□	Darm	
□	Herzinfarkt		□	Nierenleiden		□	Haut	
□	Herzschwäche		□	Niereninsuff..		□	Brust	
□	Schlaganfall		□	Dialyse		□	Gebärmutter	
□	AVK		□	Nierenstein		□	Prostata	
□	erh.Blutfette		□	Lunge		□	Epilepsie	
□	erh.Harnsäure		□	Asthma		□	psych.Erkr.	
□	Rückenerkr.		□	COPD		□	Demenz	

Weitere Erkrankungen oder genauere Beschreibung:

_____

Ist oder war ein Krebsleiden bei Ihnen bekannt?

_____

Wurden Operationen durchgeführt, falls ja welchee und wann?

_____

Medikamenteneinnahme

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie einnehmen – auch solche, die nicht ärztlich verordnet wurden:

Medikament	Dosierung

Medikament	Dosierung

(Angabe der Dosierung morgens, mittags, abends, zur Nacht: z.B. 1-0-1-0)

Allergien/Unverträglichkeiten

_____

Name, Vorname:_____ Geburtsdatum: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die Ärztinnen und Ärzte der Hausärztepraxis Gleen-Felda mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern
- die Ärztinnen und Ärzte der Hausärztepraxis Gleen-Felda mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln
- die Ärztinnen und Ärzte der Hausärztepraxis Gleen-Felda nach den rechtlichen Vorgaben auf die elektronische Patientenakte zugreifen können

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Checkliste für den Erstkontakt: Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit:

☐ ausgefüllter Erhebungsbogen für Neupatienten

☐ Befundberichte

☐ Laborergebnisse

☐ Auflistung der Dauerdiagnosen Ihrer bisherigen Hausarztpraxis

☐ aktueller Medikamentenplan

☐ Impfpass

☐ Versichertenkärtchen

Weitere Informationen zu unserer Praxis finden Sie unter www.hpgf.de