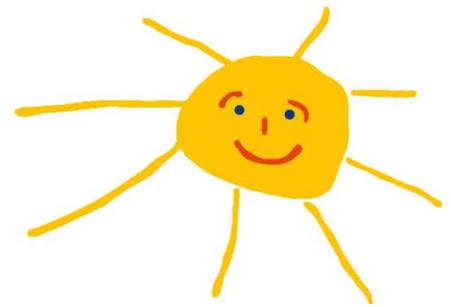


Herzlich willkommen!



Liebe Patientin, lieber Patient,

über Ihr Interesse an unserer Praxis freuen wir uns.
Ihnen und Ihrer Gesundheit möchten wir unsere gesamte Aufmerksamkeit und Kompetenz widmen.

Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Diese Informationen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht, werden absolut vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus. Sie brauchen natürlich nur die Fragen beantworten, die Sie auch beantworten möchten.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Selbstzahler

Telefon (Privat): _____ Dienstlich: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Nächste Angehörige: _____

Anamnese

Wie groß und schwer sind Sie? Größe _____ cm Gewicht _____ kg

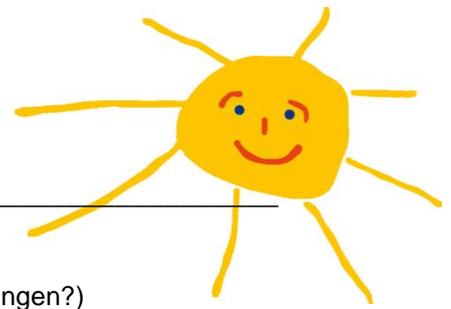
Rauchen Sie? Ja, _____ Zigaretten / Tag Nein

Trinken Sie Alkohol? Ja, ungefähr _____
 Nein, nicht mehr als gelegentlich 1-2 Glas Wein/Bier

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Chronischer Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Tumorleiden | <input type="checkbox"/> Rückenleiden |

Sonstige chronische Erkrankungen: _____



Sind Sie schon einmal operiert worden?

Sind Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? (Wer? Welche Erkrankungen?)

Sind Ihnen Allergien oder Arzneimittelunverträglichkeiten bekannt? (Wenn ja, welche?)

Nehmen Sie Medikamente ein? (Welche und wie nehmen Sie diese ein?)

Wer ist / war bisher Ihr Hausarzt?

Ich hatte bisher keinen Hausarzt

Ich möchte keine Angaben machen

Mein Hausarzt/ meine Hausärztin war bisher _____

Bitte stellen Sie uns Befunde und Behandlungsdaten von anderen Ärzten und Einrichtungen zur Verfügung. Diese können beim bisherigen Hausarzt abgeholt werden. Bringen Sie gerne Ihren Impfausweis zur Einsichtnahme und ggf. Ergänzung fälliger Impfungen mit.

Weitere Angaben, Serviceleistungen

1. Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes

Ja (Bitte bringen Sie uns Ihren Impfausweis mit.)

Ich besitze keinen Impfausweis und kann keine Angaben über meinen Impfschutz machen. Bitte beraten Sie mich über notwendige Impfungen

2. Bitte erinnern Sie mich an fällige Impfungen und Termine

Ja

Nein

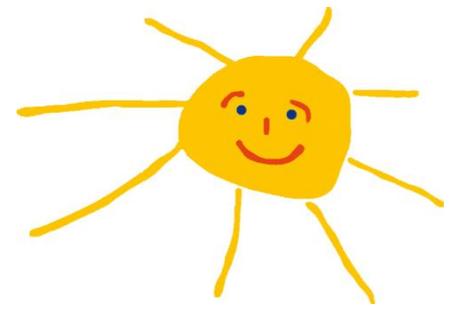
3. Wir möchten unsere Patienten individuell und optimal behandeln. Was möchten Sie?

Mir reicht das Angebot der gesetzlichen Krankenkasse. Ich möchte nicht über darüber hinausgehende Angebote informiert werden.

Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb unverbindlich über ergänzende Gesundheitsleistungen, wenn diese für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind. Auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Datum: _____

Unterschrift _____



Dürfen wir Ihnen noch ein paar Fragen stellen?

**Liebe Patientin
lieber Patient,**

teilen Sie uns doch bitte kurz mit, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind und warum Sie unsere Praxis gewählt haben. Einfach diesen Bogen ausfüllen und in der Praxis abgeben.

Ich wurde auf Ihre Praxis aufmerksam durch:

- Empfehlung Annonce in der Zeitung Internet
 Mundpropaganda Sonstiges: _____

Ich komme weil:

- Sie mir durch einen anderen Patienten empfohlen wurden
 Sie günstig zu meiner Wohnung liegen
 Mich Ihr spezielles Leistungsangebot neugierig gemacht hat
 Sonstiger Grund _____

Nutzen Sie das Internet? Ja Nein

Auf unserer Webseite www.praxisklinik-kleve.de informieren Sie sich schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team.

Als unser Patient können Sie dort bequem Wiederholungsrezepte oder Überweisungen vorbestellen über unsere online-Rezeption



Vielen Dank!

Ihr Praxisteam