

Aufnahmebogen

Landarztpraxis Reischach
Dr. med. Stefan Scholze
Jonas Bolkart
Dr. med Thomas Kuhn
Anita Schimpfhauser
Dr. med. univ. Cornelia Till
Erlbacher Str. 2 · 84571 Reischach
Telefon: 08670 1055
E-Mail: kontakt@landaerzte-reischach.de
www.landaerzte-reischach.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie als neue Patientin / neuen Patienten in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Damit wir Sie in allen Fragen Ihrer Gesundheit optimal begleiten und behandeln können, benötigen wir einige wichtige Informationen von Ihnen, z. B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld und Ihrer Familienanamnese.

Bitte füllen Sie diesen Aufnahmebogen so vollständig wie möglich aus. Bei Bedarf können Sie sich gerne Unterstützung durch Angehörige holen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

1. Persönliche Daten

- Vorname: _____
-
- Nachname: _____
-
- Geburtsdatum: _____
-
- Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
-
- Telefonnummer: _____
-
- Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____
-
- Beruf / Tätigkeit: _____

2. Vorerkrankungen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und ergänzen Sie – wenn möglich – genauere Angaben (z. B. seit wann, Art der Erkrankung).

- ☐ Herz- / Kreislauferkrankungen: _____
- ☐ Herzinfarkt (Jahr): _____
- ☐ Schlaganfall (Jahr): _____
- ☐ Diabetes mellitus
☐ Typ 1 ☐ Typ 2
Insulintherapie: ☐ ja ☐ nein
Weitere Angaben: _____
- ☐ Erhöhte Blutfette: _____
- ☐ Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD): _____
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen: _____
- ☐ Magen- / Darmerkrankungen: _____
- ☐ Nervenerkrankungen: _____
- ☐ Rheumatische Erkrankungen: _____
- ☐ Orthopädische Vorerkrankungen: _____
- ☐ Künstlicher Gelenkersatz: _____
- ☐ Gelenkerkrankungen: _____
- ☐ Krebserkrankungen: _____
- ☐ Gicht: _____
- ☐ Psychische Erkrankungen: _____
- ☐ Erkrankungen der Niere / Harnwege: _____
- ☐ Hauterkrankungen: _____
- ☐ Sonstige Erkrankungen: _____

Namen der betreuenden Fachärzte

(falls vorhanden, z. B. Kardiologe, Diabetologe, Pulmologe):

3. Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren

4. Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

**Bitte bringen Sie Ihren Medikamentenplan zum ersten Termin mit.
Sollten Sie keinen Plan haben, bringen Sie bitte alle
Medikamentenschachteln mit.**

Beispiel: Ramipril 5 mg 1-0-0, Atorvastatin 40 mg 0-0-1

5. Allergien und Unverträglichkeiten

- ☐ Keine bekannt
- ☐ Medikamentenallergien: _____
Wie haben Sie reagiert? (z. B. Luftnot, Ausschlag): _____
- ☐ Nahrungsmittelunverträglichkeiten: _____
- ☐ Sonstige Allergien: _____

6. Familienanamnese

Erkrankung	Ja	Nein	Wer?
Herzerkrankungen	☐	☐	_____
Herzinfarkt	☐	☐	_____
Schlaganfall	☐	☐	_____
Diabetes mellitus	☐	☐	_____
Krebserkrankungen	☐	☐	_____
Rheumatische Erkrankungen	☐	☐	_____
Andere Erkrankungen	☐	☐	_____

7. Vorsorgeuntersuchungen

- **Koloskopie:** ☐ nein ☐ ja, wann? _____
 -
 - **Magenspiegelung:** ☐ nein ☐ ja, wann? _____
 -
 - **Urologische Vorsorge:** ☐ nein ☐ ja, wann? _____
 -
 - **Frauenärztliche Vorsorge:** ☐ nein ☐ ja, wann? _____
 -
 - **Mammographie:** ☐ nein ☐ ja, wann? _____
 -
 - **Hautkrebsvorsorge:** ☐ nein ☐ ja, wann? _____
-

8. Impfstatus / Impfberatung

- Wünschen Sie eine Impfberatung? ☐ ja ☐ nein
Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit.
-

9. Lebensstil

- **Rauchen:** ☐ nein ☐ ja, Anzahl pro Tag: _____
- **Alkohol:** ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
- **Körperliche Aktivität:** ☐ wenig ☐ mäßig ☐ regelmäßig

10. Sonstige Hinweise / Wünsche

Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren

A. Wohn- und Versorgungssituation

- Wohnen Sie allein? ☐ ja ☐ nein, mit _____
- Wer unterstützt Sie im Alltag? _____
- Kommt ein Pflegedienst? ☐ nein ☐ ja, welcher? _____

B. Pflegegrad

- Besteht ein Pflegegrad? ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad: _____

C. Hilfsmittel

- ☐ Gehstock
- ☐ Rollator
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Hörgerät
- ☐ Sonstige Hilfsmittel: _____

D. Medikamentenorganisation

- Wer richtet Ihre Medikamente?
☐ ich selbst ☐ Angehörige ☐ Pflegedienst

E. Vorsorge & Rechtliches

- Liegt eine Patientenverfügung vor? ☐ ja ☐ nein
- Vorsorgevollmacht? ☐ ja ☐ nein Name / Telefonnummer der Kontaktperson im Notfall: _____
- Liegt eine gesetzliche Betreuung vor? ☐ ja ☐ nein

Datum: _____

Unterschrift: _____