

WILLKOMMENSBOGEN

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT,

herzlich Willkommen bei den Palatina Hausarztpraxen, Ihren Hausärzten in Billigheim-Ingenheim, Landau in der Pfalz und Klingenmünster.

Unser Ziel ist es, uns umfassend um Ihre Gesundheit zu kümmern, weswegen wir Sie und Ihr Umfeld besser kennenlernen wollen. Wir bitten Sie daher, unseren Willkommensbogen möglichst vollständig auszufüllen. Natürlich unterliegen Ihre Angaben den strengen Bestimmungen der Datenschutzverordnung.

ALLGEMEINE ANGABEN ZU IHNEN

Name, Vorname	Geburtstag				
Straße und Hausnummer	PLZ, Ort				
Telefon privat/mobil	E-mail				
Im Notfall verständigen? (Name, Telefon)					
Welchen Beruf üben Sie aus?					
Sind Sie verheiratet/leben Sie in einer Beziehung?	ja		nein		
Haben Sie Kinder?	ja		nein		
Größe (in cm)	Gewicht (in kg)				

LEIDEN ODER LITTEN SIE BZW. IHRE ERSTGRADIGEN VERWANDTEN AN EINER DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

Sie selbst	ja	nein	Vater/Mutter/Geschwister	ja	nein
Bluthochdruck					
Herzinfarkt/Koronare Herzerkrankung					
Schlaganfall					
Durchblutungsstörungen der Beine					
Thrombose/Lungenembolie					
Zucker/Diabetes mellitus					
Fettstoffwechselstörung					
Schilddrüsenerkrankung					
Asthma/chronische Bronchitis (COPD)					
Chronische Infektionskrankheit					
Erkrankungen des Magen Darm Traktes					
Bluterkrankung					
Krebserkrankung					
Augenerkrankung					

Sie selbst	ja	nein	Vater/Mutter/Geschwister	ja	nein
Neurologische Erkrankung					
Psychische Erkrankung					
Sonstige Erkrankungen					

Hatten Sie bereits Operationen	ja		nein		
Falls ja, listen Sie diese bitte auf					
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	ja		nein		
Falls ja, listen Sie diese bitte auf (möglichst mit Angabe der Dosierung)					
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?	ja		nein		
Falls ja, an welchen? Wie äußert sich dies?					
Leiden Sie an Allergien	ja		nein		
Falls ja, an welchen?					
Rauchen Sie?	ja		nein		
Falls ja, seit wann?	Anzahl der Packungen/Tag				
Trinken Sie Alkohol?	ja		nein		
Falls ja, wie oft?	gelegentlich			häufig	regelmäßig

Liegt Ihre letzte große Gesundheitsuntersuchung (Check Up) mehr als 3 Jahre zurück?	ja		nein	
Liegt Ihre letzte Untersuchung der Leberflecke (Hautkrebsscreening) mehr als 2 Jahre zurück?	ja		nein	
Betrifft Patienten ab 50 Jahren: Wurden Sie bereits über Möglichkeiten zur Darmkrebsfrüherkennung informiert?	ja		nein	
Betrifft männliche Patienten ab 65 Jahren: Wurde Ihre Bauchschlagader bereits mittels Ultraschall auf krankhafte Veränderungen untersucht?	ja		nein	

Besitzen Sie eine Patientenverfügung?	ja		nein	
Besitzen Sie einen Organspendeausweis?	ja		nein	
Dürfen wir Sie zu notwendigen Untersuchungen oder Behandlungen kontaktieren?	ja		nein	Falls ja, so bin ich erreichbar:

BITTE BRINGEN SIE BEI IHREM NÄCHSTEN BESUCH IN UNSERER PRAXIS IHR IMPFBUCH MIT.

Datum	Unterschrift
-------	--------------

WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE MÜHE!

BITTE GEBEN SIE DEN FRAGEBOGEN AM EMPFANG AB. BEI FRAGEN HELFEN WIR IHNEN GERNE WEITER.

