

Liebe Patienten,
wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben.

Wir bitten Sie, sich in diesem Zuge in unser **Hausarztzentriertes
Versorgungsprogramm** einzuschreiben.

Das schafft eine bessere Verbindlichkeit und macht unsere Praxisabläufe planbarer.
Sie vermeiden damit unnötige Doppeluntersuchungen und profitieren letztlich von einer
besseren Versorgung.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____

Letzter Hausarzt/ Kinderarzt: _____

Mitbehandelnde Fachärzte: _____

Bekannte Diagnosen: _____

Medikamente und Dosierung (Kopie Medikamentenplan):

Rauchen Sie? _____
Wenn ja: wieviel pro Tag? _____

Allergien/ Medikamentenunverträglichkeiten: _____

Wann war Ihr letzter Krankenhausaufenthalt und warum? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? _____

Für Patienten über 35 Jahre

Wann war Ihr letzter Check up? _____

Wann war Ihr letzter Hautcheck? _____

Für männliche Patienten ab 45 Jahre? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? _____

Sind Sie in einem DMP- Programm eingeschrieben?

	Ja	Nein	Bemerkung
Asthma			
Diabetes mellitus			
COPD			
KHK			

Waren Sie vorher im Hausarztvertrag eingeschrieben? _____

Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen!

Ihr Praxisteam