

Name, Vorname: _____

Patienten-ID _____

Geburtsdatum _____

Datum: _____



FB Neuer Patient Seite 1

Version 3.4

Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin

Dr. med. Hans-Michael Mühlenfeld / Dr. med. Alexander Coutelle

Ihre Angaben zur Gesundheit für Patienten die uns neu sind

Telefon u. / o. Handy: _____

E-Mail: _____

**Tel. Nr. Angehöriger für den
Notfall:** _____

Familienmitglieder in unserer Praxis: _____

Wer war vor uns Ihr Hausarzt? _____

Waren Sie dort in der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) eingeschrieben?

Ja ☐

Nein ☐

Haben Sie dort am DMP (Disease Management Programm) bezüglich einer chronischen Grunderkrankung teilgenommen?

Ja ☐

Nein ☐

Allergien

Sind Sie gegen etwas allergisch? ☐ Nein

☐ Ja,

gegen _____

Krankheitsgeschichte

Welche Operationen wurden bei Ihnen wann durchgeführt?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Welche chronischen Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

☐ Zucker ☐ Bluthochdruck ☐ Cholesterin

1. _____ 2. _____ 3. _____

Medikamentenanamnese

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Soziale Anamnese

Welchen Beruf haben Sie gelernt? _____

Welchen Beruf üben Sie zurzeit aus? _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein _____ Päckchen seitJahren

Grad der Behinderung _____ % Meine letzte Tetanusimpfung war: _____

Familiäre Erkrankungen

Geändert: 03.09.25
Frau Scharsich

Geprüft: 00.00.25
Herr Dr. Mühlenfeld

Freigegeben: 12.09.25
Herr Dr. Mühlenfeld

Ablaufdatum: 00.09.28

Bringen Sie doch *bei Gelegenheit*, oder bei Ihrem *nächsten Termin* bei uns, auch Ihren *Impfpausweis einmal zur Kontrolle mit!*

Sind direkte Blutsverwandte an einer der folgenden Krankheiten früh erkrankt?

- | | |
|--|------------|
| ☐ Herzinfarkt oder Herzkranzgefäßverengung? | Wer? _____ |
| ☐ Schlaganfall? | Wer? _____ |
| ☐ Krebserkrankungen (z. B. Darm- oder Brustkrebs)? | Wer? _____ |
| ☐ Allergien (z. B. Heuschnupfen, Asthma, Neurodermitis)? | Wer? _____ |

Spezialistenbehandlung

Bei welchen Spezialisten befinden Sie sich zurzeit in Behandlung?

Bemerkungen: z.B. Raumangst, _____

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis:

- ☐ mit der Erhebung bzw. Anforderung von Behandlungsdaten und Befunden von anderen Ärzten
- ☐ Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Ärzte
- ☐ mit einer Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen etc.

Es ist mir bekannt, dass diese Erklärung zu jedem Zeitpunkt widerrufbar ist. Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Ich wurde über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie die Folgen einer Verweigerung informiert. * *Nicht zutreffendes offen lassen*

Mir ist bekannt dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis für Familienmedizin gespeichert werden. Alle Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese Daten.
Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.

Name des Patienten leserlich in Druckbuchstaben

Unterschrift des Patienten

Patienteninformation

Unsere Praxissprechstunde wird als "offene Bestellsprechstunde" geführt. Das bedeutet, **dass wir Sie bitten**, wann immer möglich, **sich telefonisch einen Termin**, ggf. auch für den gleichen Tag, **zu reservieren**. Nur dadurch ist es uns möglich ihre Wartezeit so gering wie möglich zu halten. Seit der konsequenten Durchführung dieser Sprechstundenart, ist es uns gelungen, **"Terminpatienten"** innerhalb vom **maximal 15 min** nachdem pünktlichem Eintreffen in der Praxis zu versorgen. Bei nicht angemeldeten Patienten gelingt uns dies bedauerlicherweise nur selten. Noch ein wichtiger Hinweis zu eventuellen Wartezeiten. Sind an einem Tag viele Patienten mit schweren Erkrankungen zu behandeln und **kommen Notfälle hinzu**, so können gelegentlich längere Wartezeiten entstehen. Auch unter derart ungünstigen Verhältnissen muß es uns allein vorbehalten bleiben, wieviel Zeit wir dem Einzelnen widmen. **Patienten, die uns in solchen Situationen unter Zeitdruck setzen, belasten eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und erschweren unseren Mitarbeiterinnen und uns die Arbeit.**

Deshalb setzen wir auf Ihr Verständnis und bitten Sie im Voraus um Geduld bei einer etwaig vorkommenden ungewohnten längeren Wartezeit. Bedenken Sie dabei, daß auch Sie von uns z.B. im Falle einer schweren Erkrankung vorrangig versorgt werden und sogar ein Notbesuch aus der Sprechstunde heraus nötig sein kann.

Ihr Praxis Team

PS: Sollen Sie einmal mit unserem Service nicht zufrieden sein, scheuen Sie sich bitte nicht uns anzusprechen oder nutzen Sie den Meckerkasten

PPS: Besuchen Sie uns im Internet: www.familienmedizin-bremen.de

Geändert: 03.09.25
Frau Scharsich

Geprüft: 00.00.25
Herr Dr. Mühlenfeld

Freigegeben: 00.09.25
Herr Dr. Mühlenfeld

Ablaufdatum: 00.09.25