



## Neue Patienten bitte ausfüllen

### Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt Name und Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

### Spezielle Fragen

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie aktuelle Beschwerden?

---

Eigene Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Schlaganfall, Thrombose, Gicht...):

---

Familiäre Vorgeschichte (für z.B. Darmkrebs oder Herzinfarkt):

---

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente, Lebensmittel...?

---

Hatten sie schon einmal eine Magen- oder Darmspiegelung? Wenn ja, warum?

---

Waren Sie in den letzten 2 Jahren im Krankenhaus? Wenn ja, warum?

Wurden Sie schon einmal operiert? (ggfs. Rückseite bitte verwenden)



## Allgemeine Fragen

- Rauchen Sie?  
 Nein       Ja, wieviel? \_\_\_\_\_
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  
 Nein       Ja, wieviel? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Probleme mit Stuhlgang oder Wasserlassen?  
 Nein       Ja, in welcher Art? \_\_\_\_\_
- Leiden Sie unter wiederkehrenden Schmerzen?  
 Nein       Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie seelische Beschwerden?  
 Nein       Ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung erstellt?  
 Nein       Ja, beides? \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Organspendeausweis bzw. sind Organspender?  
 Nein       Ja
- Haben Sie eine Schwerbehinderung? Ggfs. wieviel % und Buchstaben?  
 Nein       Ja, beides? \_\_\_\_\_
- Haben Sie einen Pflegegrad? Ggfs. welchen?  
 Nein       Ja, welchen? \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Wünsche bei Ihrer Ärztin? \_\_\_\_\_

Wenn Sie einen Impfpass haben, dann legen Sie ihn bitte vor!

Ich bin damit einverstanden, dass ich an Termine für z.B. Vorsorgeuntersuchungen erinnert werde:

Ja       Nein

*Datum:* \_\_\_\_\_ *Unterschrift:* \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, am Programm der HZV teilzunehmen. Mir ist die Information für alle Neupatienten bekannt, ich stimme dieser Vorgehensweise zu und habe diese verstanden. Die Teilnahme am HZV ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich bei einer Kündigung im HZV einen neuen betreuenden Hausarzt konsultieren muss.



*Liebe Patienten,*

In einem Medikationsplan können Sie auf einen Blick sehen, welche Arzneimittel Sie zu welchen Zeiten einnehmen sollen. Dies sorgt für mehr Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme! Im Notfall oder bei Aufnahme in eine Klinik sollte dieser Plan unbedingt vollständig sein. Wir erfassen daher sämtlicher Medikamente bei unseren Patienten und werden diesen Plan dann Ihnen zur Verfügung stellen. Bitte listen Sie sowohl die von unserer Praxis verschriebenen Medikamente auf, als auch die, die sie z.B. von Fachärzten verordnet bekommen haben. Vermerken Sie bitte auch selbstgekaufte Substanzen, selbst solche die Sie nur unregelmäßig nehmen bzw. erhalten.

<b>Medikament &amp; Stärke</b>	<b>morgens</b>	<b>mittags</b>	<b>abends</b>	<b>nachts</b>	<b>Bei Bedarf</b>

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe!*

**Ihr Praxisteam**



## Information für alle Neupatienten

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor großen Herausforderungen. Sicher ist auch Ihnen nicht entgangen, dass dafür im Gesundheitssystem dringend notwendige Reformen zur Finanzierbarkeit uns allen große Veränderungen abverlangen werden.

Um langfristig weiterhin eine bestmögliche medizinische Versorgung zu gewährleisten, sind auch wir gezwungen Anpassungen vorzunehmen.

**Unsere Praxis wird ab dem Jahr 2025 nur noch Patienten/Neupatienten betreuen, die im Hausarztmodell (HZV – Hausarztzentrierte Versorgung) eingeschrieben sind, bzw. sich darin einschreiben lassen.**

---

### Warum ist die Teilnahme an der HZV so wichtig?

Die hausarztzentrierte Versorgung ist ein Modell, das auf einer engen Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Patient/in und Ihrer Hausarztpraxis basiert. Es bietet Vorteile für beide Seiten:

1. **Optimierte Betreuung:** Als Ihr erster Ansprechpartner koordinieren wir alle Ihre medizinischen Anliegen. Damit vermeiden wir Doppeluntersuchungen, verbessern die Übersicht über Ihre Gesundheit und können Sie gezielter beraten und behandeln.
2. **Bessere Vergütung für Ärzte:** Durch die HZV können wir unsere Ressourcen effizienter nutzen und erhalten für unsere Leistungen eine angemessene Vergütung. Dies hilft uns, die hohen Standards unserer Praxis aufrechtzuerhalten und weiterhin in moderne Technologien und Fortbildungen zu investieren.
3. **Unterstützung des Gesundheitssystems:** Die HZV entlastet das Gesundheitssystem, da sie eine strukturierte und koordinierte Versorgung fördert und unnötige Kosten reduziert. Infos hierüber finden Sie auch in der Broschüre „Mein Hausarztprogramm“.

---

### Was bedeutet das für Sie?

- **Teilnahme an der HZV:** Die Anmeldung ist unkompliziert und kostenfrei. Sie unterschreiben lediglich eine Teilnahmeerklärung, und wir übernehmen den Rest für Sie.
- **Wichtiger Hinweis:** Ohne eine Teilnahme in der HZV ist es uns nicht möglich, Sie als Neupatient in unserer Praxis aufzunehmen.

---

### Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen

Unser Ziel ist es, Ihnen eine qualitativ hochwertige, individuelle und nachhaltige medizinische Versorgung zu bieten. Mit der HZV schaffen wir die Grundlage dafür, dass unsere Praxis auch in Zukunft leistungsstark bleibt und Ihnen mit vollem Engagement zur Seite stehen kann.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung. Gemeinsam mit Ihnen möchten wir diesen wichtigen Schritt in eine zukunftsfähige hausärztliche Versorgung gehen.

### Ihr Praxisteam

*Dr. Ulla Faust*