



## Praxis-am-Findorffmarkt

**Dag J. Weller**  
**Rosa H. Garst**

Allgemein- & Familienmedizin  
Hausärztliche Versorgung

Winterstraße 54  
28215 Bremen  
Tel.: 0421355061 /  
Fax: 0421356819  
E-Mail:  
mail@praxis-am-findorffmarkt.de  
www.praxis-am-findorffmarkt.de

Datum: \_\_\_\_\_

*Sehr geehrte/r Patient/in,  
durch Beantworten der folgenden Fragen kann die Versorgung in unserer Praxis noch weiter  
verbessert und Wartezeiten verkürzt werden, ebenso bitten wir um Kenntnisnahme der Hinweise.  
Vielen Dank,  
Ihr Team der Praxis-am-Findorffmarkt*

### ANGABEN ZUR PERSON

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: fest: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

ggf. Tel. Angehörige (für den Notfall): \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Platz für weitere Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben?  ja  nein

### GESUNDHEIT

besteht eine/mehrere chronische Erkrankung/en (z.B. Bluthochdruck, Asthma,

Diabetes, Migräne...)?  ja  nein

bitte benennen Sie die Erkrankung/en:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben sie bereits an einem Disease Management Programm (DMP) teilgenommen?

ja  nein

wenn ja, welches?  COPD  Asthma  Herzerkrankung/KHK

Diabetes

Wünschen sie eine Gesundheitsuntersuchung („Check-up“)?  ja  nein

Sind sie in Ihrem Leben bereits operiert worden?  ja  nein  
wenn ja, wann und weshalb?

sind Allergien bekannt?  ja  nein gegen: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen sie zur Zeit ein (auch gelegentliche/bedarfsweise Medikation)?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

Rauchen Sie?  ja  nein, Ich habe bereits \_\_\_\_\_ Jahre geraucht

Bei mir wurde eine Behinderung von \_\_\_\_\_ % festgestellt.

Meine letzte Tetanusimpfung war \_\_\_\_\_

Meine SARS-CoV-2-Impfungen waren \_\_\_\_\_  
(Bitte bringen Sie bei Gelegenheit oder Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis zur Kontrolle mit.)

Familiäre Erkrankungen:

Sind direkte Blutsverwandte an einer der folgenden Krankheiten erkrankt und wenn ja, wer und mit welchem Alter bei Erstdiagnose?

Herzinfarkt: \_\_\_\_\_

Schlaganfall: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes): \_\_\_\_\_

## SPEZIALBEHANDLUNG

Bei welchen Spezialisten befinden sie sich zur Zeit in Behandlung und warum?

\_\_\_\_\_

Platz für weitere Bemerkungen:

### Umgang mit Ihren persönlichen Daten

Wir unterliegen der EU-DSGVO und besitzen eine Anbindung an die Telematik Infrastruktur des deutschen Gesundheitswesens. In diesem Zusammenhang möchten wir auf die in der Praxis ausliegenden Patienteninformationen zum Datenschutz hinweisen und bitten um Kenntnisnahme.

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit:

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

Ich nehme zur Kenntnis das alle meine Behandlungsdaten in der Praxis gespeichert werden. Mitarbeiter der Praxis haben Zugriff auf diese.

Diese Erklärung ist zu jedem Zeitpunkt durch sie wieder rufbar, ansonsten gilt sie über den Tod hinaus.

---

Unterschrift

---

Ort und Datum

weitere wichtige Information

Unsere Sprechstunde wird als **Terminsprechstunde** geführt. Für akute Anliegen gibt es täglich eine **Akutsprechstunde** und **Infektsprechstunde**. Wir möchten Sie bitten wann immer möglich einen Termin, ggf. auch für den gleichen Tag, zu vereinbaren. Hierdurch ist es möglich die Wartezeiten noch weiter zu verkürzen.

*Sollten Sie Fragen oder Anmerkungen haben wenden Sie sich gerne an uns.*

*Ihr Team der Praxis-am-Findorffmarkt*