

## Fragebogen Neu-Patienten

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Anschrift: .....

PLZ/ Wohnort: .....

Festnetznummer:.....

Handynummer: .....

E-Mail: .....

**Dr. Berndt & Partner MVZ**  
**Fachärzte für Allgemeinmedizin**  
Dr. med. Matthias Berndt  
Qualitätsmanagement  
Palliativmedizin/ Verkehrsmedizin  
Dr. med. Irina Jordan-Berndt  
Naturheilverfahren  
Ernährungsmedizin  
Lehrpraxis der MHH  
Voßstr. 24  
30161 Hannover  
Telefon: 0511-620025  
Telefax:0511-39088199  
[www.praxis-dr-berndt.de](http://www.praxis-dr-berndt.de)

**Wir begrüßen Sie herzlich als neue Patientin bzw. neuen Patienten in Praxis.  
Um Sie besser versorgen zu können, bitten wir Sie um folgende Informationen:**

Wichtige Vorerkrankungen: .....

.....

Allergien: .....

.....

Medikamente: .....

.....

.....

Größe: ..... cm    Gewicht: ..... kg    Beruf: .....

Krankenkasse: .....    Raucher:     Ja     Nein

vorheriger Hausarzt: .....

Unsere Praxis arbeitet nach dem Prinzip der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), um Sie ganzheitlich, koordiniert und besser zu versorgen, so dass wichtige Informationen zusammengeführt werden können und bei Bedarf bereitstehen. Dazu ist eine Anmeldung und Einschreibung in der Praxis für Mitglieder teilnehmender Krankenkassen spätestens beim dritten Praxisbesuch notwendig. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den ausgelegten HZV-Flyern.

Sofern Kapazitäten vorhanden sind, bieten wir Ihnen einen Recall-Service zur Erinnerung an fällige Impftermine, Check-ups, sowie andere ausgewählte Angebote an. Zu diesem Zweck erfolgt eine Terminvereinbarung mit Ihnen entweder telefonisch, per Email oder auf dem Postweg.

Für die hausärztliche Betreuung sind häufig ergänzende Vorbefunde oder Krankenunterlagen von anderen Ärzten notwendig. In Einzelfällen ist eine schriftliche Einwilligungserklärung aus Datenschutzgründen für die Anforderung notwendig, die wir bitten, hiermit zu bestätigen. Der Speicherung von Kontaktdaten, die Kontaktaufnahme für Erinnerungen oder Hinweise sowie der Anforderung und Übermittlung von Untersuchungsergebnissen / Befundunterlagen, durch und an die Praxis Dr. Berndt & Partner MVZ, stimme ich zu.

Hannover, .....

.....

(Unterschrift)