BAG Dr. med. Martin Noelke
Marko Becker
Waldemar H. Saeger (angestellter Arzt)
Am Hohen Tor 14
35315 Homberg (Ohm)

E-mail: noelkesaeger2011@web.de
Internet: www.noelke-saeger.de
Telefon: 06633 - 821
Fax: 06633 - 5077
Rezepte/Überweisungen per E-Mail oder über AB 06633-5988 bestellen

Praxisinformation für Neupatienten

Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die hausärztliche Versorgung in Homberg (Ohm) und Umgebung ist in Bewegung geraten. Eine Praxis wurde bereits zum 18. August 2025 auf Dauer geschlossen. Viele Mitbürger sind verunsichert und suchen einen neuen Hausarzt.

Wir, das Praxisteam der Landarztpraxis „Am Hohen Tor“, verstehen Ihre Sorgen und heißen Sie herzlich bei uns willkommen. Um Ihnen und unserem Praxisteam den Start in Ihre künftige hausärztliche Versorgung zu erleichtern, bitten wir Sie, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Gerne können Sie diese Praxisinformation z. B. für weitere Familienangehörige, Freunde u. a. kopieren. Ihre Angaben sind für eine gute Betreuung unerlässlich und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Unser Praxisteam bittet Sie ausdrücklich (!), sich noch in diesem Quartal bis zum 30. September bei uns vorzustellen! Der Erstkontakt ist sehr zeitaufwändig. Die zu erwartende, erhebliche Mehrarbeit im neuen Quartal ab dem 1. Oktober würde somit deutlich abgefedert. Kommen Sie also bereits in den kommenden Tagen/Wochen zur ersten Kontaktaufnahme zu uns. Sie erhalten auf Wunsch einen Sondertermin an einem Samstagvormittag.

1. Persönliche Daten:

- **Name, Vorname:** _____
- **Geburtsdatum:** _____
- **Adresse:** _____
- **Telefon:** _____ **Handy:** _____
- **E-Mail:** _____
- **Beruf/derzeitige Tätigkeit:** _____
- **Größe:** _____ cm **Gewicht:** _____ kg
- **Wen dürfen wir im Notfall kontaktieren (Name/Telefon)?**

  _____

2. Organisatorisches:

Bezüglich Ihrer Beschwerdeschilderung ist es sinnvoll, vor dem Arztkontakt grundsätzlich einen Merkzettel zu verfassen.

- **Was ist Ihr konkretes Anliegen an unsere Praxis?** ☐ Hausärztliche Betreuung - ☐ Regelmäßige Kontrollen (z.B. Check-up 35) - ☐ Spezielle Beratung / Schulung

  ☐ Anderes: _____

- **Sind Sie in einem Programm zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben?** ☐ Ja ☐ Nein
- **Liegt ein Pflegegrad vor?** ☐ Ja (Welcher? _____) ☐ Nein
- **Liegt ein Grad der Behinderung (GdB) vor?** ☐ Ja (Wie hoch? _____) ☐ Nein
- **Sind bei Ihnen regelmäßige Hausbesuche notwendig?** ☐ Ja ☐ Nein
- **Wie oft suchten Sie Ihre Hausarztpraxis (in etwa) pro Quartal in der Vergangenheit auf?** (Dies ist eine wichtige Angabe, da gegebenenfalls unsere Sprechstundenzeiten angepasst werden müssen.) (____)

3. Medizinische Vorgeschichte:

- **Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

Erkrankungen	Ja	Nein	Nähere Angaben: ggf. seit wann…
Bluthochdruck	☐	☐	_____
Herzkranzgefäße/Herzinfarkt	☐	☐	_____
Schlaganfall	☐	☐	_____
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	☐	☐	_____
Krebserkrankungen	☐	☐	_____
Lebererkrankungen	☐	☐	_____
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐	_____
Psychische Erkrankungen	☐	☐	_____
Allergien	☐	☐	_____
Krampfleiden/Epilepsie	☐	☐	_____
Operationen/Unfälle	☐	☐	_____
Sonstige Erkrankungen:	☐	☐	_____

4. Medikamente:

- **Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Bitte auch freiverkäufliche Präparate, Vitamine oder Nahrungsergänzungsmittel angeben)**

  Bringen Sie bitte zum Erstkontakt Ihren aktuellen Medikamentenplan mit!

5. Allergien:

- **Sind Allergien, insbesondere gegen Medikamente bekannt?**
- **☐ Ja (Welche?): _____ ☐ Nein**

6. Lebensstil & Gewohnheiten:

- **Rauchen Sie?** ☐ Ja (Anzahl pro Tag:) / ☐ Nein / ☐ Früher
- **Alkohol:** (Art und Menge pro Tag – gelegentlich – selten – nie) (_____)
- **Freizeitaktivitäten / Sport: _____**

7. Familiäre Vorgeschichte:

- **Leben Ihre Eltern noch?**
  - **Mutter:** ☐ Ja / ☐ Nein **Vater:** ☐ Ja / ☐ Nein
- **Falls Ihre Eltern verstorben sind, was waren die Todesursachen?**
  - **Mutter: _____**
  - **Vater: _____**
- **Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) folgende Krankheiten bekannt?**

  ☐ Bluthochdruck - ☐ Herzkrankheiten - ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes) -

  ☐ Krebserkrankungen - ☐ Schlaganfall - ☐ Thrombose -

  ☐ Durchblutungsstörungen der Beine

8. Impfungen & Vorsorge:

- **Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Besuch Ihren Impfausweis mit.**
- **Wann war Ihr letzter Check-up (Gesundheitsuntersuchung)?** (_____)

9. Verordnungen:

Bitte beachten Sie, dass unsere Praxis eine eher restriktive Haltung zur Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln hat. Dies dient einer sogenannten Regressprophylaxe. Ärzte werden immer wieder von den Krankenkassen mit Regressforderungen überzogen, weil z. B. angeblich zu viel Krankengymnastik verordnet wurde. Diese Regresse der Krankenkassen sind untragbar und der Hauptgrund dafür, dass sich immer weniger Mediziner in freier Praxis niederlassen.

Wir legen den Fokus unserer Therapie auf Verhaltensänderung und Lebensstilmodifikation. Mit dem Ausfüllen dieses Bogens erklären Sie sich mit diesem Vorgehen einverstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis, diese Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass eine gute Behandlung die Kenntnis dieser Daten voraussetzt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Checkliste für den Erstkontakt:

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen mit:

- ☐ ausgefüllte Praxisinformation für Neupatienten
- ☐ Befundberichte
- ☐ Laborergebnisse
- ☐ Auflistung der Dauerdiagnosen Ihres ehemaligen Hausarztes etc.
- ☐ aktueller Medikamentenplan
- ☐ Impfpass
- ☐ Versichertenkärtchen