

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Ihre Angaben helfen uns, Sie sicher und gezielt zu behandeln.

1 Persönliche Angaben

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon privat

Telefon geschäftlich oder mobil

E-Mail-Adresse

2 Gesundheit und Lebensweise

Allergien

Medikamentenunverträglichkeiten

Rauchen oder Nikotin ☐ Nein ☐ Ja, wie viel?

Alkohol ☐ Nein ☐ Ja, wie viel?

Berufliche Tätigkeit

Sport oder regelmäßige Bewegung

3 Bestehende Erkrankungen

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bereits bekannt?

☐ Bluthochdruck

☐ Koronare Herzkrankheit oder Herzinfarkt

☐ Erhöhte Cholesterinwerte

☐ Schlaganfall

☐ Durchblutungsstörung

☐ Asthma bronchiale oder COPD

☐ Diabetes mellitus

☐ Nierenerkrankung

Weitere Erkrankungen

4 Aktuelle Beschwerden und bisherige Behandlungen

Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja: Was, wann und wo?

Welche Beschwerden bestehen aktuell? Warum suchen Sie unsere Praxis auf?

5 Medikamente und Familie

Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte Name, Stärke und Einnahme angeben.

Für Patientinnen: Nehmen Sie die Antibabypille ein? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht zutreffend

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt?

☐ Bluthochdruck

☐ Koronare Herzkrankheit oder Herzinfarkt

☐ Schlaganfall

☐ Asthma bronchiale oder COPD

☐ Diabetes mellitus

Sonstige familiäre Erkrankungen

Einwilligung zur Übermittlung von Patientendaten

gemäß § 73 Absatz 1b SGB V

Damit Ihre Behandlung gut abgestimmt werden kann, benötigen wir gegebenenfalls medizinische Unterlagen von anderen Behandelnden oder müssen erforderliche Informationen an diese weitergeben.

Angaben zur Person

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Meine Einwilligung

Ich willige ein, dass meine Hausärztin oder mein Hausarzt die folgenden Daten ausschließlich zur Dokumentation und für meine weitere Behandlung verarbeiten darf:

1

Unterlagen anfordern

Meine Behandlungsdaten und Befunde dürfen bei anderen Ärztinnen, Ärzten und Leistungserbringern angefordert werden.

2

Unterlagen weitergeben

Die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde dürfen an andere mich behandelnde Ärztinnen, Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden.

Bei einem Wechsel der Hausarztpraxis

Wenn ich meine Hausarztpraxis wechsele, bin ich damit einverstanden, dass meine bisherige Hausärztin oder mein bisheriger Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen vollständig an die neue Hausarztpraxis übermittelt. Die neue Hausarztpraxis darf diese Unterlagen bei der bisherigen Praxis anfordern.

Widerruf

Ich kann diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist gegenüber meiner Hausarztpraxis zu erklären.

☐ Ich habe die Erklärung gelesen und willige in die oben beschriebene Erhebung und Übermittlung meiner Patientendaten ein.

Ort und Datum

Unterschrift der Patientin oder des Patienten
bzw. der gesetzlichen Vertretung

Hinweis: Für andere als die oben genannten Zwecke dürfen Ihre Behandlungsdaten und Befunde nicht übermittelt, verarbeitet oder genutzt werden.