

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUE PATIENT:INNEN

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Telefonnummer _____

Emailadresse _____

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Bisheriger Hausarzt /
Kinderarzt _____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

Ja, bei einem anderen Hausarzt

Nein

SOZIALE ANAMNESE

Nicht berufstätig

Elternzeit

Rentner/in

Selbstständig

Schüler/in/Ausbildung

Beschäftigte/r Vollzeit

Beschäftigte/r Teilzeit

Beschäftigte/r Schichtdienst

WOHNSITUATION

Alleine

Mit Familie

Betreutes Wohnen

Seniorenheim

SONSTIGES

Pflegegrad Nein Ja _____

Schwerbehinderung Nein Ja, GdB in % _____

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Lungenerkrankung

- Asthma COPD Lungenkrebs Sarkoidose
- Andere _____

Hauterkrankung

- Neurodermitis Schuppenflechte
- Andere _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung

- Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt Herzfehler
- Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)
- Andere _____

Neurologische Erkrankung

- Epilepsie MS Parkinson Demenz Depressionen
- Schizophrenie
- Andere _____

Stoffwechselerkrankung

- Diabetes Schilddrüsenerkrankung Gicht
- Andere _____

Sonstige Erkrankungen

- Grüner Star Rheuma Chronische Hepatitis
- Medikamenten-/Drogenabhängigkeit
- Krebserkrankungen _____
- Leber- /Nierenerkrankungen _____
- Andere _____

LÄNGER BESTEHENDE/WIEDERKEHRENDE BESCHWERDEN

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzstolpern | <input type="checkbox"/> Häufige Infekte | <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Blut im Urin | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Seelische/nervöse Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Andere | _____ | |

ALLERGIEN

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wespen/Bienengift | <input type="checkbox"/> allergischer Schock in der Vergangenheit |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lebensmittel | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere | _____ |

OPERATIONEN

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Herz | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gefäße | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäule | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bauch | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | _____ |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke | _____ |
| <input type="checkbox"/> Andere | _____ |

MEDIKAMENTE

Medikamentenplan vorhanden?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ja |
| <input type="checkbox"/> Nein (bitte Medikamente mit Dosierung angeben) |

Marcumar?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja (bitte legen Sie Ihren Marcumar-Ausweis vor) |
| <input type="checkbox"/> Nein |

EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Hausarztpraxis Stöbel meine Daten zum Zwecke der Behandlung verarbeitet.

Die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern gemäß §73 Abs.1b SGB V erhebt und für die Zwecke der durch uns durchgeführte Behandlung verarbeitet und nutzt.

Meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Stöbel mich

Telefonisch per Email per Post

für Termine, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder sonstige Informationen kontaktiert.

Unterschrift

Ort, Datum