

Anamnesebogen für Neupatienten



HAUSARZTZENTRUM

Dr. med. J. Sedlaczek • M. Gildhoff

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin bei uns mit.

Name	_____	Größe	_____
Vorname	_____	Gewicht	_____
Geburtsdatum	_____	Familienstand	_____
Telefon	_____	Kinder	_____
Telefon mobil	_____	Beruf / Tätigkeit	_____
Tel.-Arbeitsplatz	_____		_____
E-Mail	_____		_____

Eigene Vorerkrankungen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nervensystem / Psyche (z.B. Depression) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung (z.B. KHK) | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Leber- / Gallenwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> Atemwegserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung: | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
- _____

Relevante Vor-Operationen? Wenn ja, welche?

Erkrankungen in der Familie (Mutter/Vater/Geschwister)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nervensystem / Psyche (z.B. Depression) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankung: | |
- _____

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte auch die Dosierung mit an - notieren Sie auch Nahrungsergänzungsmittel, Salben etc..

Präparat (z.B. Ibuprofen)	Dosierung (z.B. 400 mg)	Verteilung über den Tag (1-0-0-0)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Weitere persönliche Angaben

Rauchen Sie? ja nein wenn ja, wieviel? _____

Spezielle Kostform? (z.B. vegetarisch, laktosefrei etc.) _____

Bekannte Allergien? ja nein wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Besitzen Sie einen Impfausweis? ja nein

Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datenspeicherung

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung und Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch das Hausarztzentrum Dr. J. Sedlacek · M. Gildhoff erhoben, gespeichert und verarbeitet werden dürfen (Art. 13 DSGVO). Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift