

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

willkommen in unserer Praxis. Bevor wir Ihnen helfen können, bitten wir Sie um einige Informationen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen soweit möglich aus und geben ihn am Empfang wieder ab. Alle Angaben sind freiwillig! Vielen Dank.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-mail:

Krankenkasse:

Beruf:

Größe: cm Gewicht: Kg

Sind bei Ihnen Allergien gegen Medikamente bekannt?

Nein Ja, _____

Sind bei Ihnen sonstige Allergien bekannt?

Nein Ja, _____

Rauchen Sie? Nein Ja

Sind sie bei Fachärzten in regelmäßiger Behandlung? Nein Ja, bei

Sind sie bereits einmal operiert worden? Wann? Was?

Bitte wenden...

Sind sie in zahnärztlicher Behandlung? Regelmäßig Unregelmäßig

Haben sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck? Nein Ja , _____

Zuckerkrankheit? Nein Ja , _____

Erkrankung der Schilddrüse? Nein Ja , _____

Magenerkrankung? Nein Ja , _____

Krebserkrankung? Nein Ja , _____

Anfallsleiden? Nein Ja , _____

Hautkrankheiten? Nein Ja , _____

Gelenk-Rheuma? Nein Ja , _____

Lungenkrankheiten? Nein Ja , _____

Erkrankung am Herzen? Nein Ja , _____

Psychische Erkrankungen? Nein Ja , _____

Andere Erkrankung? Nein Ja , _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja,

Name: Dosis: Wie häufig?

Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) folgenden Erkrankungen:

Krebserkrankungen? Ja Nein Herzerkrankungen? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine Pflegestufe? Nein Ja, _____ seit _____

Haben sie einen Schwerbehinderten Ausweis? Nein Ja , GdB: _____

Praxis Herforder Straße

Dr. U. Hünerhoff, A. Wopp, J. Rabe, T. Schröder

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich, _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

Erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann,

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)