

Anamnesebogen für Patienten

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon privat: _____

Handy: _____

Email: _____ (mit Angabe der Mailadresse bin ich damit einverstanden über diesen Weg auch von der Praxis kontaktiert zu werden)

Vorheriger Hausarzt: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sind Sie Raucher? Ja / Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag und seit wie vielen Jahren? _____

Familienstand: ledig / verheiratet / verwitwet / Partnerschaft
Partner/-in (Angabe freiwillig):

Berufliche Tätigkeit: _____ / Rentner (in)

Welche Vorerkrankungen (z.B.: Diabetes mellitus, Hypertonie, Gefäßleiden, orthopädische Erkrankungen, Rheuma, etc.)
sind Ihnen bekannt?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? ja / nein

Wenn ja, welche ? _____

Aktuelle gesundheitliche Probleme (Stichpunkte):

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein ?

(wenn der Platz nicht reicht, einfach separaten Zettel oder Medikationsplan beifügen)

Medikamentenname und Dosis (mg – Angabe)	Morgens:	Mittags:	Abends:	Nachts:

Dürfen wir Sie für Erinnerungen an Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen (Check up 35, Beratung Darmkrebs, Prostata Vorsorge, Screening für Bauchortenaneurysma, etc.) Informationen zur aktuellen Arztberichten, Medikamentenänderungen kontaktieren (telefonisch oder per e-mail) ?

Ja / nein

Ich bin mit der Weiterleitung von medizinischen Befunden an andere, mich behandelnde oder betreuende Ärzte durch die Praxis Dr. Lesch/Dr. Rapp einverstanden?

Ja / nein

Ich bin mit der Weiterleitung/Aushändigung von mich betreffenden medizinischen Befunden/ Rezepten/Überweisungen oder mit der Weitergabe von mündlichen Informationen (u.a. meinen Gesundheitszustand betreffend) an folgende Angehörige/ Berechtigte einverstanden:

Name: _____ ggfs. Telefon: _____

Name: _____ ggfs. Telefon: _____

Name: _____ ggfs. Telefon: _____

Dieses Einverständnis kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden !!

Notfallkontakt (z.B. Ehepartner):

Existiert eine Vorsorgevollmacht? ja/ nein

Bitte Kopie bei uns hinterlegen lassen !

Bei Änderungen von Namen, Adresse, Telefonnummer, email Adresse und der Krankenkasse bitte unbedingt ZEITNAHE Information an uns !

Datum, Unterschrift Patient: _____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITHILFE !!