

ANAMNESEBOGEN NEUPATIENT:IN

Liebe Patientin, lieber Patient, wir freuen uns Sie bei uns in unserer Allgemeinmedizinpraxis begrüßen zu dürfen. Bitte bringen Sie zu Ihrem ersten Termin den **ausgefüllten Fragebogen, einen aktuellen Medikamentenplan, den Impfpass und Allergiepass und die letzten Befunde der Fachärzte mit.**

Allgemeine Informationen zu Ihrer Person			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Email-Adresse:		
Telefon:		Handy:	
Adresse:			
Auskunft darf erteilt werden an:		Rezepte dürfen abgeholt werden von:	
-----		-----	
Auskunft darf nicht erteilt werden an:		<i>Bitte beachten Sie, wenn Rezepte für andere Personen abgeholt werden, dass ein aktueller Lichtbildausweis vorgelegt werden muss.</i>	
-----		-----	
Beruf	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> arbeitssuchend
	<input type="checkbox"/> Schüler:in <input type="checkbox"/> Student:in,Auzubi	<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> sonstiges
Wie leben Sie?	<input type="checkbox"/> mit Partner:in	<input type="checkbox"/> mit Kindern im Haus	<input type="checkbox"/> alleinstehend
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
(Bitte bringen Sie Ihren Allergiepass mit)	wenn ja: welche Allergien haben Sie?		
Wie häufig treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> regelmäßig wie oft:	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> nie
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja: wie viele Zigaretten täglich?			
Seit wann?			
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja: wie viel und wie häufig?			
Nehmen Sie einen Blutverdünner?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja: welchen und seit wann?			
Grund für die Einnahme:			

ANAMNESEBOGEN NEUPATIENT:IN

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Erkrankung Bauchorgane	<input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Übertragbare Erkrankungen
Andere nicht aufgeführte:		

Welche Vorsorgeuntersuchungen haben Sie bereits genutzt?		
Für Patienten ab 35 Jahren: Wann war Ihr letzter Check-up-Termin?		
Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung?	<input type="checkbox"/> ja Wann?	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Vorsorgetermine:		
<input type="checkbox"/> Augenarzt	<input type="checkbox"/> Urologie	<input type="checkbox"/> Hautarzt
<input type="checkbox"/> Gynäkologie	<input type="checkbox"/> Knochendichtemessung	<input type="checkbox"/> Sonstige
Welche Vorerkrankungen sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt?		
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Herzschwäche	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/> Erkrankung Bauchorgane	<input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Sonstige:

Bald wird es möglich sein 24 Stunden vor einem Termin per SMS/Email benachrichtigt zu werden. Um Sie über SMS/Email kontaktieren zu dürfen, benötigen wir Ihre Zustimmung, wenn gewünscht:

- Ja, ich möchte gerne über meine Termine informiert werden:
- Per SMS
 - Per Email
- Nein, ich wünsche dies nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Unsere Datenschutzbestimmungen finden sie ausgehängt im Wartezimmer und bei der Anmeldung in der Praxis.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe und Ihr entgegengebrachtes Vertrauen!
Ihre Praxis für Allgemeinmedizin im SRH MVZ Nordschwarzwald