



Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Beruf			
Anschrift:		PLZ / Ort:	
Versicherung:			
Handynummer:		Telefonnummer:	
E-Mail:		Größe:	Gewicht:

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt (Adresse):

Sonstige behandelnde Ärzte:

Vorerkrankungen

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzerkrankung / Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Zuckerkrankheit / Diabetes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Rheuma	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Thrombose / Lungenembolie	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Epilepsie	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Hepatitis	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
HIV	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

Bitte wenden



Sonstige Angaben (nur ankreuzen falls zutreffend)

- Arm- oder Beinprothese
- Stoma (künstlicher Darmausgang)
- Herzschrittmacher
- Port (künstlicher Venenausgang)
- Zahnprothese
- Hörhilfe
- Brille / Kontaktlinsen
- Dialyse-Shunt, wo? _____
- Sonstiges _____

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja

(Dauer-)Medikation (falls vorhanden bitte Medikamentenplan vorzeigen)

Nein Ja _____

Operationen / Unfälle (falls zutreffend bitte genauere Angaben)

Nein Ja _____

Allergien (falls zutreffend bitte genauere Angaben)

Nein Ja _____

Durchgemachte schwere Erkrankungen / Kinderkrankheiten

Nein Ja _____

Bitte wenden



Rauschmittel- Zigarettenkonsum

- Zigaretten Beginn und Anzahl am Tag: _____
- Alkohol Beginn: _____
- Drogen Beginn: _____

Familienanamnese (sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?)

- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Tumorerkrankungen
- Herzerkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Depressionen
- genetische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- Lebererkrankungen
- Sonstiges _____

Sonstiges

- | | | | |
|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Pflegegrad | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schwerbehinderung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |
| Patientenverfügung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | _____ |

Vollmacht (zur Abholung ärztlichen Unterlagen: Rezepte, Überweisungen, Laborwerte etc.)

Nein Ja (falls ja bitte weitere Angaben ausfüllen)

Hiermit bevollmächtige ich Frau / Herrn

meine ärztlichen Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Laborwerte etc.) für mich entgegen zu nehmen. Der Abholer hat sich durch Ausweis zu identifizieren. Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen und ist zu richten an: Internistische Gemeinschaftspraxis, z. Hd. Herr Dr. med. Anton Santner (Datenschutzverantwortlicher), Pfleggasse 31 in 94469 Deggendorf.

Unterschrift des Patienten:

Bitte wenden





Schweigepflichtsentbindung (zur Anforderung notwendiger Unterlagen/Befunde)

Nein Ja (bei Einverständnis bitte mit Namen und Geburtsdatum ausfüllen und unterschreiben)

Ich, _____, bin mit der Übersendung meiner Befunde an die Praxis Dres. Schröder / Schepp / Perenyi / Santner / Reisinger per Fax: **0991 38313320** einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift des Patienten:

Bitte wenden