**Anamnesebogen**

**Liebe Patientin, lieber Patient**

Wir bitten Sie, als ein in unserer Praxis neue/neuer Patient(in) die folgenden Fragen kurz zu beantworten, damit wir uns ein Bild über die bei Ihnen vorliegenden, dauernd behandlungsbedürftigen Erkrankungen, frühere Erkrankungen sowie Gefährdungen machen können.

Nachname: Vorname:

Geb. Datum: Geburtsort:

Tel. Nr.: Handy -Nr.:

E-Mail-Adresse:

Beruf / Ausbildung / Studium:

Familienstand:

Größe: Gewicht:

RR rechts: RR links:

**Welche der folgenden Kinderkrankheiten hatten Sie?** (Bitte ankreuzen)

Mumps\_\_\_ Jahr: , Röteln\_\_\_ Jahr:

Diphtherie\_\_\_ Jahr: Scharlach\_\_\_ Jahr:

Rheumat. Fieber\_\_\_ Jahr:

**Welche der folgenden Erkrankungen hatten Sie bereits oder haben Sie noch**?

TBC\_\_\_ wann: Allergien\_\_\_ wogegen:

Anfälle\_\_ wann: Magen/Darmgeschwür\_\_ wann:

Schilddrüsenerkr.\_\_\_ wann: Heuschnupfen\_\_\_ wann:

Bluthochdruck\_\_\_ wann: Herzschwäche\_\_\_ wann:

Nierensteine\_\_ wann: Kreislaufstörungen\_\_\_ wann:

Gallensteine\_\_\_ wann: Zuckerkrankheit\_\_\_ wann:

**Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt und wann erfolgten sie?**

Blinddarmentfernung wann: stationäre Aufenthalte

Mandelentfernung wann: wenn ja, warum:

und wann:

**Hatten Sie bereits „schwere“ Verletzungen, z. B. Knochenbrüche?**

Wann? Wo? Was?

**Sind in Ihrer näheren Verwandtschaft „Eltern, Großeltern, Geschwister“ folgende Krankheiten aufgetreten?**

Zuckerkrankheit wer: Tuberkulose wer:

Nierensteine wer: Bluthochdruck wer:

Herzinfarkt wer: andere Erkrankungen wer:

Krebs wer: Schlaganfall wer:

Gallensteine wer:

**Für Frauen: Schwangerschaften**:

Entbindungen/Jahr: \_\_\_\_\_, Sohn/ Tochter? Normal/Kaiserschnitt?

Entbindungen/Jahr: \_\_\_\_\_, Sohn/ Tochter? Normal/Kaiserschnitt?

Entbindungen/Jahr: \_\_\_\_\_, Sohn /Tochter? Normal/Kaiserschnitt?

**Rauchen Sie?**  Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Anzahl der Zigaretten/Tag\_\_\_

Seit wann?

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?** Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

**Wenn ja, welche?**

**.**

**.**

**.**

**.**

**.**

**Treiben Sie Sport?**

**Welche Sportart:**

**Wie oft?**

**Wann wurden Sie zuletzt geimpft?**

Tetanus wann: Diphtherie wann:

Polio wann:

Andere Impfungen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besitzen sie einen Organspendeausweis?** Ja\_\_\_ Nein\_\_\_

Vielen Dank für ihre Mitarbeit

Ihr Praxisteam

Liebe Patientin & Lieber Patient

Sie sind zum ersten Mal in unserer Praxis.

Hier einige Tipps, die Ihnen wichtige Informationen

zum Ablauf geben.

1. Wir vergeben Termine bei dem Arzt Ihrer Wahl.
2. Bei akuten Krankheiten werden Sie ggf. von einem

der anderen Ärzte der Praxis behandelt.

1. Vorsorge und / oder DMP-Termine mögen Sie bitte rechtzeitig (2 Tage) vorher absagen, falls Sie sehen,

dass Sie den Termin nicht einhalten können.

1. Das Telefonaufkommen unserer Praxis ist sehr hoch.

Nutzen Sie zum Bestellen von Überweisungen

oder Dauermedikamenten unseren 24 - Std. Anruf-

beantworter: Tel. Nr.: 07272 – 7407229.

Ein Arbeitstag später ist das Rezept oder die

Überweisung abholbereit.

1. Der Anmeldebereich ist keine Wartezone.

Aus Diskretionsgründen bitten wir Sie das Wartezimmer

aufzusuchen.

1. Das Telefonieren mit dem Handy im Wartezimmer

oder Sprechzimmer ist unerwünscht.

1. Kopien von Labor oder Krankenhausbefunden sind

Kostenpflichtig (0,50€ pro Seite)

1. Wir sind stets bemüht um Sie. Wir wollen die Wartezeiten

so kurz wie möglich halten. Aber wir zählen auch auf Ihr

Verständnis und Ihre Geduld.

Vielen Dank Ihr Praxisteam

Einwilligung zum Austausch über Patientendaten in

Praxisgemeinschaften

Nachname: Vorname:

Hiermit willige ich ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärztin

meine Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und sich über

sämtliche erforderliche personenbezogene und medizinische

Daten zu meiner Person mit den Kollegen/innen dieser

Praxisgemeinschaft austauschen darf, soweit dies für meine

Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft

tätigen ärztlichen Hilfskräften (medizinische Fachangestellte)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung widerrufen kann.

Rheinzabern,

Unterschrift Patient