



**Hausarztpraxis  
Musa**

Solbergallee 22, 74821 Mosbach

Tel. 06261 / 86 70 333 | praxis@hausarztpraxis-musa.de

www.hausarztpraxis-musa.de

## **Anamnesebogen**

Sehr geehrte Neupatienten, um Ihnen eine bestmögliche medizinische Behandlung und Betreuung bieten zu können, bitten wir Sie folgenden Bogen auszufüllen.

### **Persönliche Daten:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (zu Hause): \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen **Pflegegrad** oder **Merkzeichen**? Falls **ja, welche**?

\_\_\_\_\_

### **Freiwillige Angaben:**

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Sport (Sportart): \_\_\_\_\_ ☐ ja, regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ Nein

### **Angehörige(r) die/der im Notfall verständigt werden soll:**

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### **Schweigepflichtentbindung für Angehörige/nahestehende Personen**

Um auch einmal Ihren Angehörigen, z.B. Ehepartner, Sohn, Tochter oder Lebensgefährte/in Befunde (z.B. Blutuntersuchungsergebnisse) mitteilen zu dürfen, oder diese Person über Ihren aktuellen Gesundheitszustand zu informieren, benötigen wir auch Ihre schriftliche Einwilligung.

Name: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort und Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in

### **Patientenservice:**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir Sie über Kontrolltermine (z.B. Impfungen oder Vorsorgetermine) telefonisch bzw. per E-Mail informieren werden.

### **Ihre Vorgeschichte:**

Die folgenden Fragen ersetzen nicht unsere persönliche Zuwendung – im Gegenteil, Sie erlaubendem Praxisteam eine optimale Vorbereitung! Somit ergibt sich für unseren Kontakt ein zeitlicher Freiraum, den wir für das persönliche Gespräch nutzen können.

\_\_\_\_\_  
Wann war Ihr letzter Check-up?

\_\_\_\_\_  
Wann war Ihre letzte Impfung?

### **Wichtige, bei Ihnen schon bekannte Erkrankungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Operationen? Welche? Wann?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Haben Sie Allergien, insbesondere gegen Medikamente? Gegen welche?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Sonstige Erkrankungen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Ihre Medikamente:**

Bitte schreiben Sie im Folgenden alle Medikamente auf, die Sie einnehmen. Nennen Sie bitte auch die Medikamente, wie z.B. die Pille oder frei verkäufliche Präparate. Ggf. Medikamentenplan von altem Hausarzt

1. \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen!**

Medikament Name/mg + Einnahmezeit: \_\_ Morgens \_\_ Mittags \_\_ Abends

2. \_\_\_\_\_

Medikament Name/mg + Einnahmezeit: \_\_ Morgens \_\_ Mittags \_\_ Abends

3. \_\_\_\_\_

Medikament Name/mg + Einnahmezeit: \_\_ Morgens \_\_ Mittags \_\_ Abends

4. \_\_\_\_\_

Medikament Name/mg + Einnahmezeit: \_\_ Morgens \_\_ Mittags \_\_ Abends

5. \_\_\_\_\_

Medikament Name/mg + Einnahmezeit: \_\_ Morgens \_\_ Mittags \_\_ Abends

**Risikoprofil:**

Gibt es chronische Erkrankungen in Ihrer Familie? Wenn ja, welche und bei wem?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie? Wenn ja, welche und bei wem?

\_\_\_\_\_

**Allgemeine Daten:**

Ihre Größe: \_\_\_\_\_ cm      Ihr aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Rauchen Sie?      \_\_ ja      \_\_ häufig      \_\_ gelegentlich      \_\_ nein

Alkoholkonsum      \_\_ ja      \_\_ häufig      \_\_ gelegentlich      \_\_ nein

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ich 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 einem bisherigen Hausarzt anfordert.

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

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**Terminanfrage**

Tel. 06261 / 86 70 333

praxis@hausarztpraxis-musa.de

www.hausarztpraxis-musa.de