



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 Vorsorgertermine) 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