

Anamnesebogen

Gemeinschaftspraxis Hansühn
Dr.med. Wilhelm Benecke & Dr.med. Christoph Wroblewski

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie in unsere Praxis gekommen sind. Da wir im Krankheitsfall auch immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld des Patienten berücksichtigen, bitten wir Sie, sich Zeit zu nehmen, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Eine möglichst vollständige Ausfüllung wäre sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

Name,Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon : _____

Mobil: _____

Geburtsdatum: _____ /Gewicht: _____ kg/ Körpergröße: _____ cm

1.Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche?

2.Leiden Sie unter Allergien? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, Welche?

3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

(Sollten Sie einen Medikamentenplan haben, kopieren wir uns diesen gerne für unsere Unterlagen)

4. Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung (ab 35 Jahren) durchgeführt? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann zuletzt? _____

5. Für unsere männlichen Patienten (ab 45 Jahren):

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, wann zuletzt? _____

6. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren geimpft? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Impfungen?

Tetanus ☐ Diphtherie ☐ Polio(IPV) ☐ Pertussis ☐

FSME(Zecken) ☐ Hepatitis B ☐ Hepatitis A ☐

Sonstige Impfungen: _____

Sofern vorhanden legen Sie uns bitte Ihren Impfpass vor.

7. Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Möchten Sie, dass wir die Befunde von diesem Arzt anfordern? Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, geben Sie bitte hier die Adresse und/oder Telefonnummer des Arztes an:

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen:

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie, meine Befunde an die Gemeinschaftspraxis Hansühn Dr.med. Wilhelm Benecke & Dr.med. Christoph Wroblewski weiter zu leiten.

Frau/Herr _____

Vorname des Patienten / Nachname des Patienten / Geb.Datum

Hansühn, den _____

Datum

Unterschrift d. Patienten bzw d. Erziehungsberechtigten

Datenschutz

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen, wie hier beim Anfordern ihrer Unterlagen, benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Herzlichen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Ihr Praxisteam