

Medizinscheune Lipprechterode

Inh. Maria Dolores Rhode

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Verkehrsmedizin

99752 Lipprechterode, Hauptstraße 85

Email : info@medizinscheune-lipprechterode.de

Tel: 036338 853613 | Fax : 036338 853614



Anamnesebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und Mitarbeit.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	Handy:
E-Mail:	
Beruf:	
Größe:	Gewicht:

Bisheriger Hausarzt:

Behandelnde Fachärzte:

Haben Sie Allergien? Nein ☐ Ja ☐

Gegen Medikamente? Nein ☐ Ja ☐

- Wenn ja, gegen welche?

Andere Allergien?

Rauchen Sie: ☐ Nein ☐ Ja ... Zigaretten/pro Tag seit Nicht mehr seit

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein ☐ Ja ☐ Wenn ja, wie viel:

Bisherige Operationen (falls ja, wann und welche):

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein ☐ Ja ☐

Darmspiegelung Nein ☐ Ja ☐

Impfpass vorhanden: Nein ☐ Ja ☐

Dauernde Medikamente (falls vorhanden, bitte Medikationsplan beilegen):

.....
.....
.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Herzerkrankung | ☐ Glaukom |
| ☐ Diabetes | ☐ Asthma / COPD |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Reizdarm | ☐ Gemütskrankheiten/Nervenkrankheiten |
| ☐ Krebserkrankungen | ☐ Arthrose / Rheuma |
| ☐ Thrombose | ☐ Krampfanfälle |
| ☐ Blutungsneigung | ☐ andere Vorerkrankungen: |
| ☐ Schilddrüsenerkrankungen | |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzerkrankung | ☐ Krebserkrankung | ☐ Allergie |
| ☐ Asthma / COPD | ☐ Schlaganfall | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Demenz / Alzheimer |

Wohnsituation: ☐ alleine ☐ mit Partner ☐ mit Familie ☐ betreutes Wohnen ☐ Seniorenheim	
Pflegegrad: ☐ nein ☐ ja, Grad	Schwerbehinderung: ☐ nein ☐ ja, GdB in %
Patientenverfügung vorhanden: ☐ ja ☐ nein	

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

.....

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Bitte denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen Termin am selben Tag.

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

- ☐ ja ☐ nein

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....
Datum, Unterschrift