



Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Beruf		Versicherung	
Anschrift:		PLZ / Ort:	
Handynummer:		Telefonnummer:	
E-Mail:		Größe:	Gewicht:

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt / Kinderarzt (Adresse): _____

Sonstige behandelnde Ärzte: _____

Vorerkrankungen

Bluthochdruck Nein Ja _____

Herzerkrankung / Herzinfarkt Nein Ja _____

Schlaganfall Nein Ja _____

Zuckerkrankheit / Diabetes Nein Ja _____

Tumorerkrankungen Nein Ja _____

Lebererkrankungen Nein Ja _____

Hepatitis Nein Ja _____

Rheuma Nein Ja _____

Lungenerkrankung Nein Ja _____

Thrombose / Lungenembolie Nein Ja _____

Epilepsie Nein Ja _____

HIV Nein Ja _____

Schilddrüse Nein Ja _____

Psychische Erkrankungen Nein Ja _____

Sonstiges _____

Bitte wenden



Sonstige Angaben (nur ankreuzen falls zutreffend)

Arm- oder Beinprothese	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Stoma (künstlicher Darmausgang)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzschrittmacher	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Port (künstlicher Venenausgang)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Zahnprothese	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Hörhilfe	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Brille / Kontaktlinsen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Dialyse-Shunt, wo?	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Sonstiges	_____		

Besteht eine Schwangerschaft?

Nein Ja (SSW / Entbindungstermin) _____

(Dauer-)Medikation (falls vorhanden bitte Medikamentenplan vorzeigen)

Nein Ja _____

Operationen / Unfälle (falls zutreffend bitte genauere Angaben)

Nein Ja _____

Allergien (falls zutreffend bitte genauere Angaben)

Nein Ja _____

Durchgemachte schwere Erkrankungen / Kinderkrankheiten

Nein Ja _____

Bitte wenden



Rauschmittel- Zigarettenkonsum

Zigaretten Beginn und Anzahl am Tag: _____

Alkohol Beginn: _____

Drogen Beginn: _____

Familienanamnese (sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?)

Zuckerkrankheit / Diabetes

Tumorerkrankungen

Herzerkrankungen

Gefäßerkrankungen

Depressionen

genetische Erkrankungen

Suchterkrankungen

Lebererkrankungen

Sonstiges _____

Sonstiges

Pflegegrad Nein Ja _____

Schwerbehinderung Nein Ja _____

Patientenverfügung Nein Ja _____

Vollmacht (zur Abholung ärztlichen Unterlagen: Rezepte, Überweisungen, Laborwerte etc.)

Nein Ja (falls ja bitte weitere Angaben ausfüllen)

Hiermit bevollmächtige ich Frau / Herrn

meine ärztlichen Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Laborwerte etc.) für mich entgegen zu nehmen. Der Abholer hat sich durch Ausweis zu identifizieren. Diese Einverständniserklärung gilt bis auf Widerruf. Der Widerruf hat schriftlich zu erfolgen und ist zu richten an: Internistische Gemeinschaftspraxis, z. Hd. Herr Dr. med. Anton Santner (Datenschutzverantwortlicher), Pflöggasse 31 in 94469 Deggendorf.

Unterschrift des Patienten:

Bitte wenden

Internistische Gemeinschaftspraxis Am Pflögtor
Schwerpunktpraxis für Diabetologie, Gastroenterologie und Kardiologie
Hausärztliche und fachärztliche Versorgung



Bitte wenden



Schweigepflichtentbindung (zur Anforderung notwendiger Unterlagen/Befunde)

Nein Ja (bei Einverständnis bitte mit Namen und Geburtsdatum ausfüllen und unterschreiben)

Ich, _____, bin mit der Übersendung meiner Befunde an die Praxis Dres. Schröder / Schepp / Perenyi / Santner / Reisinger per Fax: **0991 38313320** einverstanden.

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

Unterschrift des Patienten:
