

# Allgemeinmedizinische Anamnese

Nachname, Vorname:

Geb.-Datum:

Wohnanschrift:

E-Mail:

Festnetz:

erlernter Beruf / akt. Tätigkeit:

Handy (erreichbar tagsüber!)

Krankenkasse / Versicherung:

Gesetzlich versichert

Private Versicherung

Private Zusatzversicherung

Beihilfeberechtigt

Basistarif / Standardtarif

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Versicherung evtl. nicht alle erbrachten Leistungen in vollem Umfang (tarifbedingt) erstatten wird. Tarifänderungen sind vor der Behandlung eigenständig mitzuteilen.

meine Hausarztpraxis

Name:

Adresse / Stadtteil:

Telefonnummer:

**Wir bitten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich zu beantworten:**

	ja	nein
Herzerkrankungen <i>(Endokarditis / Herzklappenfehler / Herzinsuffizienz)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie (zu hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotonie (zu niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen <i>(Med.: Falithrom / Marcumar / Xarelto / ASS ua.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD ua.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Erkrankungen des Blutsystemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes / Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft / SSW:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelm. Drogen- u./od. Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Allergien ?    
wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_    
Allergiepass vorhanden?

**Pflegestufe / Pflegegrad:**

ich besitze eine Pflegestufe / welche?

Nachweis / Bescheinigung d. Pflegestufe habe ich gezeigt

**Betreuer / mein gesetzlicher Vertreter:**

ich habe einen Betreuer

Name des Betreuers / Adresse / Telef.nummer:

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

den Betreuungsnachweis habe ich vorgezeigt / Kopie abgegeben

*Bitte wenden!*

**Welche Medikamente nehmen Sie ein:**

keine

folgende Medikamente nehme ich ein:

wegen:

---

---

---

---

---

---

meinen aktuellen Medikamentenplan habe ich vorgezeigt  
oder als Kopie abgegeben

ja      nein

      

ich habe keinen Medikamentenplan

**Weitere Erkrankungen und / oder Ergänzungen:**

---

---

---

---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

---

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Im Rahmen Ihrer Behandlung werden von uns Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und Ihrem Gesundheitszustand erhoben und gespeichert. Dies erfolgt nach den geltenden Datenschutzgesetzen (DSGVO), welche Sie an der Rezeption einsehen können.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder, Befunde, Diagnosen etc. auf Anfrage meinem Arzt / Zahnarzt (sofern ich überwiesen wurde dem überweisenden Arzt) übermittelt werden können.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir für reservierte Termine die ohne Absage (mindestens 48 Stunden vorher) nicht eingehalten werden, eine pauschale Ausfallgebühr von 50,00 EUR in Rechnung stellen können.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich o.g. Angaben wahrheitsgetreu gemacht habe und alle Fragen verstanden habe, sowie eigenständig medizinische Entscheidungen für mich treffen kann / darf und selber unterschreibungsberechtigt bin.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Anmerkung der Praxis: