

Doktorhaus MVZ

Betriebsstätte Warnemünde

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Claudia Charlet Oldach

Stefanie Wild

Dr. Beatrice Burmeister



Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Willkommen in unserer Praxis! 😊

Dieser Bogen hilft uns, Ihre Krankengeschichte besser zu erfassen.

Er ersetzt selbstverständlich nicht das persönliche Arztgespräch.

Bitte füllen Sie ihn möglichst vollständig aus – bei Unsicherheiten können Sie gerne ein Fragezeichen setzen.

Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Beruf: _____

vorheriger Hausarzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Wen dürfen wir im Notfall informieren?

Name, Vorname: _____ Telefonnummer: _____

Beziehung zu der Person: _____

Datum/Unterschrift: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzinfarkt |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Tumorerkrankung |
| ☐ Osteoporose | ☐ chron. Infektionskrankheiten (z.B: HIV, Hepatitis etc.) |
| ☐ Diabetes | ☐ neurologische Erkrankung (z.B: Parkinson, Demenz, Multiple Sklerose, Migräne etc.) |
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ Sonstiges |
| ☐ Rheuma | |
| ☐ Asthma/COPD | |
| ☐ Psychische Erkrankungen | |
| ☐ Fettstoffwechselstörung | |

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ☐ ja / ☐ nein
(Wenn ja, welche? z.B: Pille, ASS, Marcumar etc.)

Medikamente/Dosierung	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Allergien/ Unverträglichkeiten? ☐ ja / ☐ nein Wenn ja, welche:

Welche Fachärzte behandeln Sie?

Familienstand/ Sozialanamnese:

Familienstand: _____

Kinder: ☐ nein / ☐ ja

Liegt ein Pflegegrad vor? ☐ nein / ☐ ja, welcher? _____

Haben Sie eine Patientenverfügung? ☐ nein / ☐ ja, seit? _____

Liegt eine Schwerbehindertenausweis vor? Wenn ja, welcher Grad: _____

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

☐ Internet ☐ Praxishomepage ☐ Arztbewertungsportal

☐ Sonstiges (bspw. Empfehlung von _____)

Dürfen wir Sie über Vorsorgetermine via Email informieren? ☐ nein / ☐ ja

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin! Wir bitten Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Für akute Fälle bieten wir Ihnen unsere Akutsprechstunde an, die jeden Tag von 8:00 – 9:30 stattfindet.

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. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email 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