ANMELDE- UND ANAMNESEBOGEN



SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT, HERZLICH WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS.

Wir, das Team der Hausärztlich-Internistischen Praxis **Dr. Strotmann**, möchten Ihnen Ihre Behandlung bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Therapie. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN					
Name / Vorname		Titel			
Straße / Hausnummer		Geburtsdatum / Geburtsort			
Postleitzahl / Ort		Telefon (privat)			
E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie Sachhverhalten über dieses Me	die Kontaktierung von uns zu medizinischen edium wünschen.	Telefon (mobil) *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung von uns zu medizinischen Sachhverhalten über dieses Medium wünschen.			
Arbeitgeber *Freiwillige Angabe – di	ie Information kann hilfreich für die Behandlung sein.	Beruf *Freiwillige Angabe – die Information kann hilfreich für die Behandlung sein.			
	die Anforderung von Unterlagen für Ihre Behandlung ezüglich einer Einwilligung auf Sie zu.	Wie können wir Sie tagsüber erreichen?			
KRANKENKASSE / VERSIO	HERUNG				
Gesetzlich versichert	Privat versichert	Besteht eine Berechti	Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?		
☐ Freiwillig ☐ Pflicht	☐ Basistarif ☐ Standardtarif	□ Ja □ Nein			
Name / Vorname	versicherungsmitglied sind, wer ist versi		Geburtsdatum		
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort	Telefon (privat)			
ANGABEN ZU IHRER GESL	JNDHEIT				
Welche Beschwerden sind der	Grund für Ihren Arztbesuch?	Welches sind Ihre Hauptbeschwerden?			
Leiden Sie unter folgenden Be Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	schwerden oder haben Sie eine Erkrankt	ung an den aufgeführten Or	rgansystemen?		
☐ Asthma	☐ Haben Sie einen Allergiepass?	☐ Diabetes	☐ Herzfehler / künstliche Herzklappe		
□ Herzinfarkt	☐ Herzschrittmacher	☐ Hoher Blutdruck	☐ Niedriger Blutdruck		
☐ Ohrensausen / Tinnitus	☐ Epilepsie	☐ Grüner Star	☐ Leber		
☐ Nieren	☐ Schilddrüse	☐ Magen-Darm-Trakt	☐ Gelenke (Rheuma)		
☐ Osteoporose	☐ Tumorerkrankung	☐ Immunsuppression	☐ Thrombose		
☐ Schlaganfall	☐ Hauterkrankung	☐ Gicht	☐ Augenerkrankungen		
☐ Verlängerte Blutungszeit n	ach Verletzungen, häufig blaue Flecken				
☐ Andere nicht aufgeführte E	rkrankungen				
Leiden Sie unter folgenden Inf	fektionskrankheiten?				
☐ Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C	☐ HIV / AIDS ☐ Tuberkulo	ose 🗆 Krankenha	uskeime (z.B. MRSA, etc.)		

Wenn ja, welche und wann?						
Traten in Ihrer Verwandtschaft Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	t (Eltern, Geschwister	, Großelte	rn) Erkrankungen auf? *Freiwillige	e Angabe – für die Behandlung sinnvoll, aber r	nicht erforderlich.	
☐ Bluthochdruck	☐ Herzinfarkt		☐ Herzrhytmusstörungen	☐ Diabetes mellitus		
□ Schlaganfall	☐ Asthma / COPI)	☐ Thrombose	☐ Allergien		
□ Krebserkrankungen	Wenn ja, welche	?				
NEHMEN SIE MEDIKAMEN Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	TE EIN?					
☐ Blutdruckmedikamente	☐ Herzmedikam	nente	☐ Bisphosphonate	☐ Cortison (Kortikoide)	☐ Schmerzmittel	
☐ Antidepressiva				to®, Eliquis®, Pradaxa® oder ASS®)		
☐ Sonstige Medikamente?			(======================================	,		
5	träglichkeiten geger	n Medikam	iente oder örtliche Betäubung a	ufaetreten?		
Wenn ja, gegen welche?						
J 15 5						
SONSTIGE ANGABEN Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.		Ja				
Leiden Sie an Allergien?			nn ja, welche?			
Haben Sie eine Lebensmittelu	nverträglichkeit?	□ Wer	nn ja, welche?			
Haben Sie Heuschnupfen?						
Besteht zurzeit eine Schwange	erschaft?	□ Wen	nn ja, in welcher Woche?			
Rauchen Sie?		□ Wer	nn ja, wie viele Zigaretten am Tag	g?		
Treiben Sie Sport?		□ Wer	nn ja, wie viele Stunden pro Woc	he?		
Leiden Sie unter Schlafstörungen?		☐ Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?				
Haben Sie Haustiere?		☐ Wennja, welche?				
Schnarchen Sie?						
Wie sind Sie auf uns aufmerksa	_					
* Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir	praxisintern eine Statistik					
			/erkehrstüchtigkeit durch eine ö t sein kann. Dies gilt auch für jed	rtliche Betäubung und Medikame e Änderung der Medikation.	ente, die vor und	
			Richtigkeit meiner umseitigen u ich, Änderungen meiner Angabe	nd obigen Angaben und stimme o en rechtzeitig mitzuteilen.	der Speicherung	
				Termin ist nur für Sie reserviert. Bi For abgesagt wurden, privat bere		
Grünberg,						
Datum			Unterschrift			
Ich bin darauf hingewiesen wo	orden, dass ich meine	freiwillig		dlage für die Verarbeitung meine vortlich) widerrufen kann (Art. 7		
Mir ist bekannt, dass mein jede erfolgten Verarbeitung nicht b				der aufgrund der Einwilligung bi	s zum Widerruf	
Grünberg,						
Datum			Unterschrift			
the transfer of the second	P. B. T. S. S.		and the second s	C-1-11	70F C-#-1	

Wir danken Ihnen herzlich für die Beantwortung! Ihr Team der Hausärztlich-Internistischen Praxis **Dr. Strotmann**

Hatten Sie operative Eingriffe oder Bestrahlungen?

Hausarztpraxis Dr. H.-J. Strotmann Innere Medizin Diabetologie Schelkenwiese 23 / 35305 Grünberg Tel 06401 229 6767 / Fax 06401 229 6765 termin@praxis-strotmann.de www.praxis-strotmann.de