

Anamnesebogen

Tagesdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.
Herzlich willkommen in unserer Praxis!
Bitte versuchen Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.
Selbstverständlich behalten wir Ihre Angaben streng vertraulich.
Vielen Dank.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Kontaktperson: _____

Größe und Gewicht: _____ cm _____ kg

Bisheriger Hausarzt: _____

Warum Wechsel: _____

Allgemeine Fragen

Rauchen Sie? Ja Nein

Wurden Sie schon mal operiert? Ja Nein

wenn ja, durchgeführte Operationen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

wenn ja welche und wie oft: _____

Haben Sie Allergien? Ja Nein

wenn ja welche: _____

Fragen zu Erkrankungen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Bluthochdruck? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Herzinfarkt? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie einen Schlaganfall? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Asthma? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine COPD? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Diabetes mellitus? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Vorsorge:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie schonmal eine Darmspiegelung? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| wenn ja wann zuletzt: _____ | | |
| Hatten Sie schonmal ein Hautkrebsscreening? | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Wichtige Informationen:

Hausarztzentrierte Versorgung (HZV):

Die aktive Teilnahme von gesetzlich versicherten Patienten an der Hausarztzentrierten Versorgung ist für uns Voraussetzung für die Aufnahme neuer Patienten. Weitere Informationen erhalten Sie von unserem Team und dem beiliegenden Flyer.

Bestellpraxis- Hinweise zur Organisation:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind. Dies können Sie gern auch per E-Mail machen. Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Beschwerden aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen, für die wir um Ihr Verständnis bitten.

Akuttermine:

wir bieten in unsere Praxis täglich eine Akutprechstunde an. Diese ist von Montag bis Freitag jeweils von 09:00-10:00 Uhr. Wir bitten Sie im Akutfall um eine Anmeldung per Telefon oder Mail, damit wir Ihnen einen passenden Termin für diese Sprechstunde anbieten können.

Bitte füllen Sie den Bogen vollständig aus und geben Sie unbedingt eine Telefonnummer und eine E-Mail-Adresse an, unter der wir Ihnen eine Rückmeldung geben können. Wir melden uns mit einer Zusage innerhalb von 3 Monaten nachdem Sie Ihre Anmeldung bei uns abgegeben haben. Sollten wir uns 3 Monate nach der Abgabe nicht gemeldet haben, bedeutet das, dass wir Ihnen leider keinen Termin geben konnten. Natürlich können Sie dann im nächsten Quartal erneut einen Anmeldebogen abgeben (wir vernichten die alten Bögen aus Datenschutzgründen).

Hausärztin
Dr.
Mariska
Janssen

