



Anamnesebogen für Neupatienten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Telefon (auch mobil) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?**

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Thrombose      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Schlaganfall      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Herzinfarkt      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Lebererkrankung      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Diabetes      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Asthma COPD      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Krampfanfälle      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Blutsneigungen      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Hepatitis      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

HIV      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Sonstiges      Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie \_\_\_\_\_ cm. Wieviel wiegen Sie \_\_\_\_\_ kg



Anamnesebogen für Neupatienten

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel \_\_\_\_\_ nicht mehr seit \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport? Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

Schwangerschaft? Nein  Ja  SSW \_\_\_\_\_ Vorherige Geburten \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**

Gegen Medikamente? Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Andere Allergien Nein  Ja  \_\_\_\_\_

**Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein  Ja  Thrombose Nein  Ja

Herzinfarkt Nein  Ja  Schlaganfall Nein  Ja

Diabetes Nein  Ja  Allergien Nein  Ja

Asthma / COPD Nein  Ja

Krebserkrankungen Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

---

---

---

---

---

---



Name / Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Liebe Patienten,  
für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Dienstleister und Labore weitergeleitet, die diese zum Zweck der Erbringung, der im Aufklärungsblatt näher bezeichneten Dienstleistungen verarbeiten. Im beigefügten Aufklärungsblatt können Sie weitere allgemeine Informationen nachlesen. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie hier in der Praxis erfragen. Nach Erledigung der Aufgabe in den Unternehmen werden die Daten – soweit möglich – gelöscht bzw. vernichtet, wovon wir uns regelmäßig überzeugen. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht entsprechend der Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht.

Mit dieser Einverständniserklärung erklären Sie:

- Ich willige ein, dass die Hausarztpraxis Dr. Medical im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen übermittelt.
- Weiterhin willige ich ein, dass die Hausarztpraxis Dr. Medical meine Patientendaten im Rahmen der Erforderlichkeit externen Laboren zum Zwecke der Untersuchung medizinischer Proben übermittelt.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass die Hausarztpraxis Dr. Medical mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre mich einverstanden dass die Hausarztpraxis Dr. Medical mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

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

Ort, Datum Unterschrift Patient/in