

Atila Polat
Tip Dr. (Univ. Ist.) Pinar Polat
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Hausärztliche Versorgung

Grünegräserweg 13 49565 Bramsche
Tel: 05461 3819 Fax: 05461 2040



PRÄVENTION . VORSORGE . THERAPIE . NACHSORGE

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUE PATIENTEN

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____ Männlich Weiblich

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ E-Mail: _____

Telefon: _____ Handy: _____ Krankenkasse: _____

Familienstand: _____ Pflegestufe: _____ Gb%. _____

Bisherige/r Hausärztin/ Hausarzt (Name, Stadt, Tel Nr.): _____

Ihr Körpergröße _____ cm und Gewicht _____ kg

Haben / Hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

- Bluthochdruck Herzinfarkt Herzschwäche Herzrhythmusstörungen Schlaganfall Diabetes
Lebererkrankung Nierenerkrankungen Thrombose Fettstoffwechselstörung Gicht
Asthma Chronische Lungenerkrankung (COPD) Arthrose Osteoporose Rheuma
Schilddrüsenkr. Darmerkrankung Magenerkrankung Hauterkrankung Prostata
Psychische Erkrankung Krampfanfälle Hepatitis HIV Tuberkulose
Blutungsneigung Krebserkrankungen Glaukom Und / Oder andere Vorerkrankungen:

Hier bitte frei lassen..

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der oben genannten Erkrankungen? Nein Ja, und zwar _____

Haben Sie bekannte Allergien ? Wenn ja, gegen welche? (z.B. Medikamente, Nahrungsmittel, Kontrastmittel usw....)

Hatten Sie bereits eine / mehrere Operationen? Wenn ja, welche OPs und

Datum: _____

Haben Sie in letzter Zeit Auffälligkeiten beim... bitte zutreffendes unterstreichen:

Schlafen / Appetit / Wasserlassen / Stuhlgang / Riechen / Sehen / Hören / Geschmack / Sexual Verhalten

Rauchen Sie?

Nein Ja Wie viele Zigaretten am Tag? _____ Seit wie viel Jahren? _____

Trinken Sie Alkohol?

Nein Ja Was, wie oft und wie viel? _____

Wenn Sie Medikamente nehmen, welche?

Sind Sie schwanger?

Nein Ja Vielleicht

oder

Stillen Sie?

Nein Ja

Möchten Sie an anstehende Vorsorgetermine per e-mail erinnert werden?

Nein Ja, meine e-mail Adresse: -----

Uns interessiert, wie Sie zu uns kamen ...

Durch Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Internet Praxisschild

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam der Hausarztpraxis Polat

Einverständnis zur Informationsweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegepflichterklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden.

Datum: _____

Unterschrift : _____