



Anamnesebogen

Persönliche Daten

Datum: _____

Name	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift	_____
Telefonnummer	_____
Email	_____
Krankenversicherung	_____
Pflegegrad (falls zutreffend)	_____
Beruf	_____
ehemalige*r Hausarzt*ärztin	_____

Allgemeine Angaben

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Aktuelle Beschwerden

Was führt Sie heute zu uns? Teilen Sie uns Ihre aktuellen Beschwerden oder Anliegen mit, damit wir gezielt auf Ihre Bedürfnisse eingehen können:

Vorerkrankungen

Kreuzen Sie bitte an, ob Sie selbst oder Ihre Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) an folgenden Erkrankungen leiden oder gelitten haben:

Erkrankung	Selbst	Verwandte 1. Grades
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Jersbeker Straße 9
22941 Bargteheide

Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Und zwar:		
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamenteneinnahme

Damit wir Ihre Medikation optimal abstimmen können, tragen Sie bitte alle aktuell eingenommenen Medikamente ein: (ggf. Medikamentenplan beilegen)

Name des Medikaments	Wirkstärke (z.B. mg)	Einnahmezeitpunkt (z.B. morgens/abends)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allergien/Unverträglichkeiten

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie Allergien oder Unverträglichkeiten gegenüber Medikamenten oder Lebensmitteln haben:

Operationen und Krankenhausaufenthalte

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt oder waren Sie längere Zeit im Krankenhaus? Wenn ja, wann und weshalb?

Impfstatus

- Besitzen Sie einen Impfausweis? Ja Nein

Falls vorhanden, bitte zum Vorstellungstermin mitbringen!



Vorsorgeuntersuchungen

Für Ihre Gesundheit ist Vorsorge essenziell. Tragen Sie bitte ein, ob und wann Sie folgende Untersuchungen zuletzt wahrgenommen haben:

Vorsorgeuntersuchung	Bereits durchgeführt?	Datum der letzten Untersuchung
Gesundheitsuntersuchung (Check-up ab 35 Jahre)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Krebsvorsorge Mann (Prostata, Hoden, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend	_____
Krebsvorsorge Frau (Brust, Gebärmutterhals, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht zutreffend	_____
Darmspiegelung (Koloskopie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Bauchschlagadervorsorge (Aneurysma-Screening)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Soziales und Lebensgewohnheiten

- Rauchen Sie? Ja, seit ___ Jahren ca. _____ Zigaretten/Tag Nein
 Früher, ich habe _____ aufgehört
- Wie häufig treiben Sie Sport? _____
- Ernährungsweise: Mischkost Vegetarisch Vegan
- Brillenträger/in Hörgerätträger/in

Dr.med. Andrea Völtzer & Kerstin Zarini
FACHÄRZTINNEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Jersbeker Straße 9
22941 Bargteheide



ALLGEMEIN-
MEDIZIN
BARGTEHEIDE

Schweigepflichtentbindung:

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärztinnen sowie das medizinische Personal von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgender Person von der ärztlichen Schweigepflicht:

_____ (Name, Vorname, Geb.datum)

, soweit dies für meine Behandlung und Betreuung erforderlich ist. Ich erkläre dies freiwillig und bin darüber informiert, dass ich diese Entbindung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzerklärung:

Ich bin darüber informiert, dass meine im Rahmen der Behandlung erhobenen personenbezogenen Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, unter Beachtung der geltenden Datenschutzgesetze (insbesondere der Datenschutz-Grundverordnung – DSGVO) verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich zum Zweck der medizinischen Behandlung und Betreuung verwendet und nicht ohne meine ausdrückliche Einwilligung an Dritte weitergegeben, es sei denn, es besteht eine gesetzliche Verpflichtung hierzu. Ich habe das Recht, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten sowie Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalte ich auf Nachfrage in der Praxis.