Innere Medizin
mit hausärztlicher Versorgung

im CITTI-PARK Flensburg
Langberger Weg 4 - 24941 Flensburg
Tel: 0461/52755
info@innere-medizin-im-citti-park.de
www.innere-medizin-im-citti-park.de

Anamnese-Bogen

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in diesem ausführlichen Anamnesebogen, der alle nötigen Fragen beinhaltet.

Name: _____ **Vorname:** _____

geboren am: _____ Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

Größe in cm: _____

Beruf/Tätigkeit: _____ Gewicht in kg: _____

Krankenkasse: _____ Familienstand: _____

Haben Sie aktuelle Beschwerden an - bzw. mit:

	JA	NEIN	Welche?
Kopf/Hals/Schilddrüse/Zähnen:	☐	☐	_____
Herz/Kreislaufsystem:	☐	☐	_____
Lunge/Atemwege:	☐	☐	_____
Magen/Darmsystem:	☐	☐	_____
Niere/Harnsystem/Genital:	☐	☐	_____
Nerven/Muskeln:	☐	☐	_____
Knochen/Gelenke:	☐	☐	_____
Haut:	☐	☐	_____
Sonstige Beschwerden:	☐	☐	_____

Ihre Gewohnheiten:

	JA	NEIN		
Rauchen Sie?	☐	☐	Wie viel:	_____
			Seit wann:	_____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐	Wie oft:	_____
			Welchen:	_____
Treiben Sie Sport?	☐	☐	Wie oft:	_____
			Welchen:	_____

5363616e2d4d656469612d53657276696365204764 6248

Haben bzw. hatten Sie:

	JA	NEIN	Welche?
Herz-/Kreislauferkrankungen: (z.B.: Bluthochdruck. Herzschwäche, Herzinfakt, etc.)	☐	☐	_____
Lungenerkrankungen: (z.B.: COPD, Asthma, Tuberkulose, etc.)	☐	☐	_____
Stoffwechselerkrankungen: (z.B.: Diabetes, erhöhte Blutfette, Gicht, etc.)	☐	☐	_____
Rheumatische Erkrankungen:	☐	☐	_____
Krebserkrankungen:	☐	☐	_____
Neurologische Erkrankungen:	☐	☐	_____
Allergien:	☐	☐	_____
Besuchen Sie regelmäßig Fachärzte:	☐	☐	_____ _____ _____
Haben Sie einen Impf-/Gesundheitsausweis? (z.B.: Allergien, Diabetiker-, SM-Ausweis)	☐	☐	Wenn ja, bitte zum nächsten Termin mitbringen.

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Art	Häufigkeit	seit wann?

5363616e2d4d656469612d536572766963652047 6d6248

Gibt es in Ihrer Familie:

	JA	NEIN	Bei welchem Verwandten?
Herzerkrankungen:	☐	☐	_____
Bluthochdruck:	☐	☐	_____
Schlaganfälle:	☐	☐	_____
Übergewicht:	☐	☐	_____
Diabetes:	☐	☐	_____
Krebsleiden:	☐	☐	_____
Rheuma:	☐	☐	_____
Rücken- und Gelenkerkrankungen:	☐	☐	_____
andere Krankheiten:	☐	☐	_____
			_____

Falls Vater oder Mutter verstorben sind: In welchem Alter? Und woran?

_____

Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Magen- und/oder Darmspiegelung, Kuren:

Art	Datum

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte:

per Telefon unter folgender Nummer: _____

per Mail unter folgender E-Mail-Adresse: _____

_____

Datum: Unterschrift:

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, die Fragen zu beantworten.

Dokument Drucken

5363616e2d4d656469612d53657276696365204764 6248

Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Einwilligung nach Artikel 13 DSGVO

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Postleitzahl, Wohnort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung und erkläre mich einverstanden, dass:

· mein Hausarzt (Praxis für Innere Medizin mit hausärztlicher Versorgung / Langberger Weg 4 24941 Flensburg) mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern (das sind z.B. Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Physiotherapeuten, kooperierende Labore u.a.) zum Zwecke der Information, der weiteren Behandlung und Dokumentation anfordert.

· mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (s.o.) übermittelt.

· meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten genutzt werden.

· mich mein Arzt an Behandlungstermine (z.B. Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen) erinnern kann.

· an folgende Angehörige, Personen, Pflegedienste und Apotheken, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen:

_____

_____

_____

Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt, gegebenenfalls gar nicht erfolgen kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

_____

Ort/Datum: Unterschrift:

5363616e2d4d656469612d53657276696365204764248