



Anamnesebogen für Patienten

Arturo Massimo Ciolla
Hochstr. 54 D
45661 Recklinghausen

Formblatt

Praxis am Bertrandishof

1.2.1 (1)

Name des Patienten: Email-Adresse:	Geburtsdatum:
---------------------------------------	---------------

Liebe Patientinnen und Patienten,
wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen! Um Ihnen eine bestmögliche ärztliche Versorgung bieten zu können, ist es sinnvoll, sich vor dem ersten Patienten-Arzt-Kontakt ein paar Minuten Zeit zu nehmen, den folgenden Fragebogen durchzulesen und die Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Ideal ist es, wenn uns vorhandene Befunde anderer Ärzte (bisheriger Hausarzt, Fachärzte) von Ihnen zur Verfügung gestellt werden. Natürlich sind alle Angaben freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Vorbefunde:	vorhanden <input type="checkbox"/>	werden nachgereicht <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?		
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krampfadern <input type="checkbox"/>
erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung <input type="checkbox"/>
erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall <input type="checkbox"/>
sonstige Erkrankungen:		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf:
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
		4.
		5.
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	1.
		2.
		3.
Körpergröße/ - gewicht:		
Telefon privat/ mobil:		
Beruf:		
Sind Sie bei einem anderen Arzt in der sog. Hausarzt-zentrierten-Versorgung (HZV) eingeschrieben?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Für Knappschaftsversicherte Patienten: Sind Sie im ProGesund eingeschrieben?		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

Hiermit bestätige ich außerdem, dass ich die in der Praxis ausgelegten Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe und mich damit einverstanden erkläre

Unterschrift Patient/-in

Dateiname:
erstellt:
geprüft und freigegeben:

Seite: 1 von 2
am:
am:



Praxis am Bertrandishof

Anamnesebogen für Patienten

Arturo Massimo Ciolla
Hochstr. 54 D
45661 Recklinghausen

Formblatt

1.2.1 (1)
