

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam Dr. Renard & Kollegen

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf / Tätigkeit	
Vorheriger Hausarzt		

ALLGEMEINES

Besteht eine gesetzliche Betreuung? | wenn ja, Betreuer (Name & Tel. Nr.): _____

Besteht ein Pflegegrad? | wenn ja, welcher: _____ Schwerbehindertenausweis? | wenn ja, Grad: _____

Besteht ein Merkzeichen vom Versorgungsamt? | wenn ja, welches: _____ Brauchen Sie Hilfe im täglichen Leben? ja / nein

Folgende Erkrankungen sind bekannt, bitte ankreuzen:

Herz- / Kreislauferkrankung ja nein

Stent | wo: _____ erhöhter Blutdruck Herzschwäche/-insuffizienz

Herzinfarkt Herzrhythmusstörungen Herzschrittmacher

Herzklappenersatz | welcher: _____ Vorhofflimmern

interner Defibrillator (ICD) sonstige: _____

Lungenerkrankung ja nein

- Asthma bronchiale Chronische Bronchitis sonstige: _____

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ja nein

- Diabetes mellitus Typ 1 Diabetes mellitus Typ 2 Insulinpflichtig
 Diabetischer Fuß Diab. Augenschädigung Diab. Nierenschwäche
 sonstige: _____

Schilddrüsenerkrankung ja nein

- Schilddrüsenunterfunktion Schilddrüsenüberfunktion Morbus Hashimoto
 Morbus Basedow Radiojodtherapie | wann: _____
 Schilddrüsenoperation | wann: _____ sonstige: _____

Rheumatologische Erkrankung ja nein

- Rheumatoide Arthritis Psoriasisarthritis Morbus Bechterew
 sonstige: _____

Hauterkrankung ja nein

- Neurodermitis Psoriasis (Schuppenflechte) sonstige: _____
 Hautkrebs | welcher: _____

Magen-Darm-Erkrankung ja nein

- Morbus Crohn Darmkrebs Colitis ulcerosa
 Darmpolyp(en) Refluxkrankheit/Sodbrennen Magenschleimhautentzündung
 sonstige: _____

Leber-/ Gallenkrankheit ja nein

- Leberwerterhöhung chronische Hepatitis | welche: _____ (Frühere) Gelbsucht
 Fettleber Gallensteine Leberzirrhose
 sonstige: _____

Stoffwechselerkrankung ja nein

- erhöhtes Cholesterin erhöhte Harnsäure / Gichtanfälle

Vegetative Angaben

	ja	nein	
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welchen wie oft? _____
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, Geburtstermin: _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, wie viel: _____ /Tag seit: _____ welchen: <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Spirituosen
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche: _____

Traten in Ihrer Familie (1. Grades) nachfolgende Erkrankungen auf?

ja nein

<input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor dem 60. Lj.	<input type="checkbox"/> Darmpolyp(en)	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Schlaganfall vor dem 60. Lj.	<input type="checkbox"/> Darmkrebs	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung welche: _____
<input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/> Andere Krebserkrankungen welche: _____	
<input type="checkbox"/> sonstige: _____		

An welchen hausärztlichen Standorten werden Sie von uns betreut?

<input type="checkbox"/> Katzwang	<input type="checkbox"/> Innenstadt	<input type="checkbox"/> Eibach
<input type="checkbox"/> Herpersdorf	<input type="checkbox"/> Sündersbühl	<input type="checkbox"/> Schwabach
<input type="checkbox"/> Erlangen		

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<u>Internet:</u>		<u>Empfehlung:</u>
<input type="checkbox"/> Stammpatient seit mind. 2 Jahren	<input type="checkbox"/> Facebook / Instagram / TikTok	<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> Im Vorbeigehen / Praxisschild	<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Arzt Name des Arztes: _____
<input type="checkbox"/> Zeitung / örtl. Mitteilungsblatt	<input type="checkbox"/> Jameda	

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxen der ÜBAG Dr. Renard & Kollegen und ZfG MVZ GmbH bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen. (ggf. streichen)

Mir ist bekannt, dass ich meine Zustimmung jederzeit widerrufen kann.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Ort, Datum

Unterschrift