HAUSÄRZTE IM ZENTRUM
O. Klan Dr. med. Rosenthal-Pihl und J. Brinkmann
J. Wöhler (angestellter Facharzt)
Marktstraße 4 – 6, 21423 Winsen

Kurzanamnesebogen vor Neuaufnahmen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Schicken Sie den ausgefüllten Anamnesebogen per E-Mail an kontakt@hiz-winsen.de oder bringen Sie ihn ausgedruckt in unserer Praxis vorbei.

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Bitte ankreuzen: ◯ männlich ◯ weiblich ◯ divers

Adresse (Straße / PLZ / Ort) _____

Krankenkasse _____ Versichertennummer _____ Telefon (Festnetz) _____

E-Mail _____ Telefon (mobil) _____

☐ Ich bin einverstanden, dass die Praxis per E-Mail mit mir über organisatorische Themen kommuniziert. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Beruf (letzte Tätigkeit) _____ Größe _____ Gewicht _____

Ausreichende Deutschkenntnisse vorhanden?

◯ ja ◯ nein → Behandlung und Praxiskontakt **nur mit Dolmetscher**

Grund der Neuaufnahme

◯ Hausarztwechsel ◯ neu hierhergezogen ◯ Familienzusammenführung ◯ sonstiges

Bei Hausarztwechsel bitte den Grund und den Namen des Hausarztes angeben _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

◯ Bluthochdruck ◯ Thrombose ◯ Herzinfarkt ◯ Schlaganfall ◯ Diabetes ◯ Gicht
◯ Migräne ◯ Arthrose ◯ Glaukom ◯ Rheuma ◯ Hepatitis ◯ Krampfanfälle
◯ Lebererkrankungen ◯ Asthma/COPD ◯ Osteoporose ◯ HIV ◯ Gemütserkrankungen
◯ Krebserkrankung ◯ Schilddrüsenerkr. ◯ Blutungsneigung ◯ Nierenerkrankung ◯ Magen-/Darmerkrankung
◯ Allergien? _____

Besteht eine Teilnahme am DMP-Programm?

◯ nein ◯ ja, an folgenden: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

◯ Bluthochdruck ◯ Thrombose ◯ Herzinfarkt ◯ Schlaganfall ◯ Diabetes
◯ Krebserkrankungen ◯ Allergien ◯ Asthma/COPD ◯ Arthrose ◯ Migräne

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

Welche (auch Pille)? _____

_____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Nur vom Arzt ausfüllen:

Übernahme der hausärztlichen Betreuung ◯ *Ja* ◯ *Nein* *Kürzel* _____