



## HAUSÄRZTE IM ZENTRUM

Dr. med. M. Jaeger-Rosiny, Dr. med. Rosenthal-Pihl und O. Klan  
S. Kroiß, J. Wöhler (angestellte Ärzte)  
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

#### 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  Gemütererkrankungen  
 Krebserkr.  Schilddrüsenerkr.  Blutungsneigung  Nierenerkr.  Magen-/Darmerkr.

Allergien? \_\_\_\_\_

#### 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)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gewünschter Hausarzt**  Fr. Dr. Rosenthal-Pihl  Hr. Klan  Hr. Dr. Jaeger-Rosiny  Fr. Kroiß  Hr. Wöhler  egal

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

#### Nur vom Arzt ausfüllen:

Übernahme der hausärztlichen Betreuung  Ja  Nein Kürzel \_\_\_\_\_

Per E-Mail versenden

Drucken