

## Anamnesebogen für die Neuaufnahme von Patienten



Stefan Peters  
haus | arzt | praxis

Stefan Peters  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Facharzt für Anästhesie  
Notfallmedizin  
Palliativmedizin

Anschrift: Rastatter Straße 2  
76467 Bietigheim/ Baden  
Telefon: 07245/91840 - 0  
Fax: 07245/91840- 10  
E-Mail: mail@hausarztpraxis-bietigheim.de  
Homepage: www.hausarztpraxis-bietigheim.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Um Ihnen bei Ihren zukünftigen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankenvorgeschichte. Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen Sie ihn – falls erforderlich – mit einer Person Ihres Vertrauens. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.  
Die Fragen ersetzen aber natürlich nicht das persönliche ärztliche Gespräch, führen aber zu einem sorgfältigen Kennenlernen Ihrer Person und einer individuellen Behandlung. So können Sie direkt mit Ihrem Termin starten und wir widmen uns gleich dem Wichtigsten – Ihrer Gesundheit.

### Persönliche Daten

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>		
Straße:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
Körpergröße:	<input type="text"/> cm	Gewicht:	<input type="text"/> kg
Versicherung	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Privat	<input type="radio"/> Gesetzlich

### Sozialanamnese

Familienstand:	<input type="radio"/> ledig	<input type="radio"/> verheiratet	<input type="radio"/> geschieden/getrennt lebend	<input type="radio"/> verwitwet
Aktueller Beruf:	<input type="text"/>			
Wohnsituation:	<input type="radio"/> mit Partner lebend	<input type="radio"/> Kinder im Haus	<input type="radio"/> alleinlebend	
Pflegestufe vorhanden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="text"/>	
Gesetzliche Betreuung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	welche?	
Patientenverfügung vorhanden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
Gesundheitsvollmacht vorhanden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		
Organspendeausweis vorhanden	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja		

### Lebensstil

Allergien:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	welche?	<input type="text"/>
Rauchen:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	pro Tag; seit wie vielen Jahren?	<input type="text"/>
Alkohol:	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	wieviel?	<input type="text"/>



Wurde bei Ihnen bereits eine der folgenden **Erkrankungen** diagnostiziert?

- |                                   |      |                             |
|-----------------------------------|------|-----------------------------|
| KHK/Verengung der Herzkranzgefäße |      | Migräne                     |
| Herzinfarkt                       |      | Lebererkrankung             |
| Andere Herzerkrankungen           |      | Gicht                       |
| Diabetes mellitus                 | II I | Nierenerkrankung            |
| Bluthochdruck                     |      | Krebserkrankung             |
| Erhöhte Cholesterinwerte          |      | Erkrankungen d. Schilddrüse |
| Schlaganfall                      |      | Osteoporose                 |
| Durchblutungsstörung der Beine    |      | Krampfadern                 |
| Asthma bronchiale                 |      | Psychische Erkrankung       |
| Chronische Bronchitis (COPD)      |      | Depressionen                |
| Thrombose/Lungenembolie           |      | Angsterkrankungen           |
| Gerinnungsstörungen               |      | Schlafstörung               |
| Therapie mit Blutverdünnern       |      | Rheuma                      |
| Magen-/Darmerkrankungen           |      | Epilepsie                   |
| Schlafapnoe                       |      |                             |

Sonstige Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie in einem **DMP-Programm** (Disease Management Programm) eingeschrieben?

- Nein                       Ja                       KHK                       Asthma                       COPD                       Diabetes

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Sind Sie in einem Programm für Hausarztzentrierte Versorgung (**H<sub>z</sub>V**) eingeschrieben?

- Nein                       Ja, bei: \_\_\_\_\_

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? \_\_\_\_\_

**Wichtig:** Bitte legen Sie uns, wenn vorhanden, einen aktuellen **Medikamentenplan** vor.

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie noch mitteilen möchten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Hausarztpraxis Bietigheim meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den Gebrauch im Rahmen meiner Behandlung in der Hausarztpraxis Stefan Peters in Bietigheim vorgesehen und dürfen nicht an unbefugte Dritte weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung & -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Mir ist bewusst, dass meine Daten streng vertraulich behandelt und ggf. elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Ich habe alle Angaben nach bestem Wissen gemacht.

