medizinuptodate

Facharztpraxis
Eberbach
am Rosenturm

Innere Medizin - Allgemeinmedizin
hausärztliche Versorgung

Krankengeschichte Anamnese

Fragebogen für Neupatienten mit Hausarztwunsch oder Hausarztwechsel

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!
Alle Ihre medizinischen Angaben sind freiwillig!
Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Daten elektronisch gespeichert werden.
Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht, es sei denn, Sie genehmigen uns die Weitergabe Ihrer Daten.

Name, Vorname :.....

Geburtsdatum :.....

Telefon :.....Handy :.....

E-Mail :.....

Name zweier Ansprechpartner (zur Verständigung im Ernstfall):

1.) ..... Beziehung / Verwandschaftsgrad:.....
2.)..... Beziehung / Verwandschaftsgrad:.....

Telefon der Bezugsperson 1:.....
Telefon der Bezugsperson 2:.....

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Die Fragen sind umfangreich – ersetzen aber in keinem Fall das direkte persönliche ärztliche Gespräch 😉, führen aber zu einem sorgfältigen Kennenlernen Ihrer Person und einer individuellen Behandlung.
Sollte Ihnen eine Frage unklar sein, helfen wir Ihnen gerne weiter.

Bitte bringen Sie zu jedem weiteren Besuch folgende Unterlagen mit:
Krankenversichertenkarte, Impfbuch, ggf. Medikationsplan, ggf. Allergiepass

1) Ich bin versichert bei

Gesetzliche KV	☐	Private KV (PKV Normaltarif)	☐
Private KV (PKV Basistarif)	☐	Private KV (PKV Standard)	☐
Selbstzahler	☐	andere / weiß nicht	☐

Zunachst einige Formaitäten:

2) Ich bin mit den unten aufgeführten Regelungen einverstanden: Bitte jeweils ankreuzen.

Bei welchem Hausarzt waren Sie bisher?
Dr. med. …… in ……
Welche mitbehandelnden Ärzte haben Sie bisher konsultiert ?
Dr. med. …… in ……
Dr. med. …… in ……
Dr. med. …… in ……
Dr. med. …… in ……
Dr. med. …… in ……

☐ **Befundanforderung alter Hausarzt muss durch Sie erfolgen !**

Bitte bestätigen Sie, dass Sie verstanden haben, dass eine routinemäßige Anforderung der Unterlagen Ihres bisherigen Hausarztes durch uns nicht routinemäßig erfolgen kann. Sollten Sie die Überführung der Daten wünschen holen Sie die Unterlagen bei Ihrem vorherigen Hausarzt bitte selber ab oder fordern Sie von dort an.

☐ **Befundanforderung andere Leistungserbringer / Übermittlung von Befunde an mitbehandelnde Praxen ggf. in seltenen Fällen bei Ihrem alten Hausarzt**

Gemäß § 73 (1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass meine behandelnde Praxis Befunde bei weiteren Leistungserbringern, Ärzten, Praxen und Kliniken einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen, Ärzten, Kliniken auf deren Anfrage übermittelt.
Ich willige diesbezüglich auch der telefonischen Auskunftserteilung ein.

X **Informationsweitergabe innerhalb der Praxis**

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

☐ **Informationsweitergabe an Angehörige**

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an die Angehörigen/Bekannten die weiter oben aufgeführt sind weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Bitte beachten Sie, dass wir zur Identifikation von Telefonanrufer eine unterschriebene Datenschutzerklärung von Ihnen benötigen. **Die Versichertennummer Ihrer Krankenkasse dient dann zur Sicherheit als Identifikationsmerkmal.**

Ort, Datum _____ meine Unterschrift _____

3) Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

	nein	ja	falls ja bitte angeben:
Bluthochdruck	☐	☐	Seit wann (Jahr) ?
Herzkranzgefäße	☐	☐	Seit wann (Jahr) ?
Herzinfarkt	☐	☐	Wann gehabt (Jahr) ?
Herzerkrankung/Herzschwäche	☐	☐	Wann gehabt (Jahr) ?
Schlaganfall	☐	☐	Wann gehabt (Jahr) ?
Durchblutungsstörungen Beine	☐	☐	Seit wann (Jahr) ?
Zuckerkrankheit/ Diabetes	☐	☐	Seit wann (Jahr) ?
Fettstoffwechselstörungen	☐	☐	familiär bekannt (ja) (nein) ?
Tumorerkrankungen	☐	☐	Bei Ja bitte angeben seit wann: (Jahr
Lebererkrankungen	☐	☐	Was genau (Erkrankung bitte näher beschreiben)
Chronische Infektionskrankheit	☐	☐	Was genau (Erkrankung bitte näher beschreiben)
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	☐	☐	angeboren ? (ja) (nein)
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	☐	☐	Seit wann (Jahr) ?
Thrombose oder Lungenembolie	☐	☐	Wann gehabt ? (Jahr)
Rheumatische Erkrankung	☐	☐	
Schilddrüsenerkrankung	☐	☐	
Psychische Erkrankungen	☐	☐	
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	☐	☐	Seit wann (Jahr) ?
Operationen der Brust	☐	☐	
Operationen des Bauches	☐	☐	
Operationen an Armen/Beine	☐	☐	
Operationen der Wirbelsäule	☐	☐	
Schwere Unfälle	☐	☐	Wann gehabt ? (Jahr)
Zeckenbisse erinnerlich	☐	☐	

4) Rauchen Sie ?

Ja ☐ nein ☐ nie geraucht ☐ seit …… nicht mehr ☐

wenn **ja** wieviel pro Tag ……

Zigaretten ☐ Zigarillos ☐ Pfeife ☐ Zigarre ☐

5) Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? Ja ☐ nein ☐ trockener Alkoholiker ☐

Entzugstherapien gehabt ☐

wieviel Alkohol trinken Sie pro Tag……..

6) Drogen - Haben Sie in den letzten Jahren folgende Drogen konsumiert?

nichts davon □

THC / Marihuana / Cannabis □ Kokain □ Crack □ Heroin □ Opiate □

Amphetamine/Metamph. □ Ecstasy □ Crystal-Meth □ PCP □ Anabolika □

7) Sind Allergien bekannt ?

nein □ Medikamente □ Nahrungsmittel □ Insektengift □ Tierhaare □

Pollen □ Kontrastmittel □ Gräser □ Hausstaubmilben □ Penicillin □

Sonstige Antibiotika □ Schmerzmittel □ Aspirin □ Lokalanästhetika □

wenn ja bitte geben Sie die Allergieauslöser genau an:……

Allergiepass liegt vor □ ich hatte schwere Symptome □ Allergieschock □ Hautausschlag □

8) Nahrungsmittelintoleranzen bekannt ?

Lactoseintoleranz □ Histaminunverträglichkeit □ Glutenunverträglichkeit □

Fructoseintoleranz □ sonstiges □

9) Welche Kinderkrankheiten hatten Sie ? falls Sie sich erinnern …

Masern □ Mumps □ Röteln □ Windpocken □ sonstiges □

10) Größe / Gewicht

Größe ……cm Gewicht……kg

11) Wurden bei Ihnen einer oder mehrere der dieser Eingriffe / Untersuchungen schon durchgeführt?

	ja	nein	**falls ja bitte angeben:**
Herzkatheteruntersuchung Koronarangiografie	□	□	Wann gehabt (Jahr) ?
Darmspiegelung	□	□	Wann zuletzt gehabt (Monat / Jahr) ?
Letze Blutabnahme	□	□	Wann zuletzt gehabt (Monat / Jahr) ?
Magenspiegelung	□	□	Wann gehabt (Jahr) ?
Computertomografie	□	□	Wann gehabt (Jahr) ?
Kersnpintomografie Wirbelsäule	□	□	Wann zuletzt gehabt (Jahr) ?

12) Einige Fragen zur Familie? Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

bei Geschwistern, Eltern oder Großeltern!

	ja	nein		ja	nein
Bluthochdruck	□	□	**Durchblutungsstörungen der Beine**	□	□
Herzerkrankungen	□	□	**Zuckererkrankung/Diabetes mellitus**	□	□
Schlaganfall	□	□	**Tumorerkrankungen**	□	□
Fettstoffwechselstörungen	□	□	**Frühzeitiger (<60J) Herzinfarkt**	□	□
Sekundenherztod	□	□	**Thrombosen Lungenembolien Blutgerinnung**	□	□
Rheuma - Immunsystem	□	□	**Psychiatrische Erkrankungen**	□	□

13) Fragen zu Medikamenten – Nehmen Sie aktuell oder nahmen Sie in der Vergangenheit ein ?

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein	Ja □	Nein □

Falls Sie einen Medikamenteplan haben…..

Ja □ / nein □

Geben Sie diesen bitte ab, sonst tragen Sie bitte hier Ihre Medikamente und Dosierungen ein

14) Sozialanamnese - soziales Umfeld / Erlauben Sie uns einige Fragen zu Ihrer Lebenssituation

Verheiratet: ja □ nein □ geschieden □ Lebensgemeinschaft □
Kinder ja □ nein □ leben bei mir □ bei „Geschiedenem“ □
allein Sorgerecht □ gem. Sorgerecht □ Kind verstorben □
Partner verstorben □ alleine lebend □ lebe bei den Eltern □

15) Beruf - Arbeitsumfeld / Erlaube Sie uns einige Fragen zu Ihrem Arbeitsleben

Berufstätig □ berentet □ EU-Rente □ Schüler □ Azubi □ Student □
arbeitslos □ BUFDI /FSJ □ angestellt □ selbständig / Freiberufler □
Beamter □ medizinisch vorgebildet □ ärztlicher Kollege □
welchen Beruf üben Sie derzeit aus :……
ich habe derzeit Probleme auf der Arbeit ja □ nein

16) Gynäkologische Anamnese – Schwangerschaft / nur Frauen ;-)

Es ist möglich, dass ich schwanger bin: ja □ nein □
weshalb nicht:
□ Pille □ Sterilisation □ sicher verhütet □ sonstiges ……
□ Menstruation normal □ Menopause □ starke Regelblutung □ immer wieder Regelbeschwerden □ unregelmäßiger Zyklus □
Wieviele Geburten :……
Wieviele Schwangerschaften :……
Letze gynäkologische Untersuchung am :…… bei Dr. : ……
Ich gehe regelmäßig zum Frauenarzt ja □ nein □

17) Fragen zu den aktuellen Beschwerden - Weshalb kommen Sie zu uns ?

Schmerzen □ Schwindel □ Übelkeit □
Atemnot □ Brustenge □ Durchfall □
Nachtschweiß □ Fieber □ sonstiges □
seit wenigen Stunden □ seit wenigen Tagen □ seit Wochen □ seit Monaten □
immer wieder □ nicht genau zu sagen □ ständige Beschwerden □ immer wieder mal □
seit Jahren □ starke Beeinträchtigung dadurch □ wenig Beeinträchtigung dadurch □

Bitte geben Sie hier Ihre Beschwerden in Ihren eigenen Worten an:

……

……

Falls Sie einen Grund für Ihre Beschwerden wissen, geben Sie diesen hier in Ihren eigenen Worten an:

……

18) Auslandsaufenthalte in den letzten 6 Monaten

nein ☐ ja ☐

wo genau?……

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben von Seite 1 bis 6.
Ich kann sämtliche Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum ……..meine Unterschrift ……..

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin.
Für echte Notfälle kommen Sie bitte in die Notfallsprechstunde Mo-Do. 11.30 -13.00 Uhr

Wir bitten Sie, Termine unbedingt mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie Termine nicht einhalten können.

19) Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ein Angehöriger ist bereits Patient ☐ Ein Freund/in ist bereits Patient ☐
Internet ☐ Telefonbuch ☐ Tageszeitung ☐
Eberbach Channel ☐ sonstiges ☐

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!
Gute Besserung und alles Gute

Ihr Team von

medizinuptodate

medizinuptodate
Facharztpraxis Eberbach
am Rosenturm

Neckarstraße 11
D-69412 Eberbach

Tel.: +49 6271 857330
info@medizinuptodate.de
www.medizinuptodate.de