

Anamnesebogen des Ärztezentrum El Paso La Palma, Allgemeinmedizin

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Persönliche Daten		Datum:
Name:	Vorname:	
Geburtsdatum:		
Telefon:	Handy:	
E-Mail:		

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen, erhöhte Cholesterinwerte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen in den Beinen, seit _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose, am _____ wo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenembolie, am _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magendarmerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergien, welche _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaukom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Erkrankungen

Wurden bei Ihnen Krankenhaus- oder Facharztbehandlungen bzw. Operationen vorgenommen, wenn ja, wann, warum und wo?

Jahr	Erkrankung	Behandelt in/bei (bitte Name der Klinik oder der Praxis angeben)

Wann wurden Sie zuletzt **geimpft** gegen:

Tetanus:

Diphtherie:

Pneumokokken:

Keuchhusten:

Masern:

Grippe:

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Letzte **Augenkontrolle** am:

ohne Befund Netzhautschäden

Letztes **EKG/Belastungs-EKG** am:

Letzte **Langzeit Blutdruckmessung**:

Für Patienten ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter **Check-up**?

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**? Ja, wann: Nein

Gewicht:

Größe:

Ernährungsweise? Mischköstler Ovo-lacto Vegetarier Ovo Vegetarier Lacto Vegetarier
Veganer

Treiben Sie Sport? ja / nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?

Sind Sie schwanger? ja / Wenn ja, im wievielten Monat? ____ Vorherige Geburten? ____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -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. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung, die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

El Paso, den

Unterschrift