

Dr. F. Uffelmann
Jochen Stenner
Dr. L. Fackiner

Daniel Berg
Katharina Koch
Dr. C. Gierth

Ärzte für Allgemeinmedizin

Anamnesebogen zu Gesundheit und Krankheitsvorgeschichte

NACHNAME:

VORNAME:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Beruf:

Tätigkeit:

Familienstand:

Kinder:

Sind Sie bei einer der folgenden Apotheken Kunde?

Obermarkt-Apotheke (Frankenberg)

Kloster-Apotheke (Haina)

Eder-Apotheke (Frankenberg)

Rosen-Apotheke (Gemünden)

Rathaus-Apotheke (Frankenberg)

Apotheke im Wohratal

Apotheke Hatzfeld

Edertal-Apotheke (Allendorf)

Sind Sie im HZV (Hausarzt-Zentrierte-Versorgung) eingeschrieben?

Ja

Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?

Ja welcher Grad? _____

Nein

Wurden Sie schon einmal operiert?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und welche Operation?

.....

.....

.....

Sind chronische Erkrankungen bekannt (Diabetes, Bluthochdruck, Asthma, Herzerkrankung, etc.)?

Wenn ja, welche?

.....
.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

.....
.....
.....
.....

Besitzen Sie einen aktuellen Impfausweis? Ja Nein

Wann wurden Sie zuletzt geimpft

TD(Tetanus, Diphtherie)
Pneumokokken
FSME/Encepur

Machen Sie Fernreisen (Türkei, Ägypten...) Ja Nein

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn Ja, Wie viel?

.....

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja, welche

.....
.....
.....

Welche Krankheiten sind Ihnen bei Verwandten (Eltern Großeltern, Geschwistern) bekannt?
(Z..B. Herzerkrankungen, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Diabetes, Asthma bronchiale
etc.)

.....
.....
.....

Wann wurde bei Ihnen die letzte Gesundheitsuntersuchung (Check up) durchgeführt?

.....
.....
.....

Wann wurde die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt?

.....
.....
.....

Waren Sie schon einmal zur Darmspiegelung? Wenn ja, wann?

.....
.....
.....

Haben Sie eine Patientenverfügung?

.....

Falls „ja“ bringen Sie diese bitte zu Ihrem Termin mit.

Ich bin damit einverstanden, dass vorhandene Krankenbefunde mit
Herrn/Frau (Angehörige)..... besprochen werden dürfen.

Ich möchte regelmäßig an:

Impfungen

Gesundheitsuntersuchungen

erinnert werden und wünsche die Eintragung in die Erinnerungskartei

Telefon

per Post

E-mail

SMS

Unterschrift

Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich Sie gegenüber der
Praxis Dr. Uffelmann/ J. Stenner/ D. Berg/ K. Koch/ C. Gierth
Von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie meine Akte bei meinem vorherigen Hausarzt
anfordern.

Name des vorherigen Hausarztes

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift