

## Anmelde- und Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, herzlich willkommen in unserer Praxis.

Wir, das Team der aureo med Hausarztpraxis, möchten Ihnen Ihren Aufenthalt bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Um Ihnen eine Betreuung auf hohem Niveau zu gewährleisten und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnissen eingehen zu können, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand. Dies ist wichtig für eine optimale und risikolose Behandlung. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach §203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### PERSÖNLICHE ANGABEN PATIENT

\_\_\_\_\_  
Name / Vorname

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum / Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*

\_\_\_\_\_  
Telefon (privat)

\_\_\_\_\_  
Wie können wir sie tagsüber erreichen?

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)\*

\_\_\_\_\_  
Beruf\*

(\*freiwillige Angabe)

### WIE SIND SIE VERSICHERT? Zutreffendes bitte ankreuzen

Gesetzlich versichert:

Privat versichert:

Besteht eine Berechtigung auf Beihilfe?  Ja  Nein

### ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden oder haben Sie eine Erkrankung an den aufgeführten Organsystemen?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma  | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Herzfehler/ künstliche Herzklappe |
| <input type="checkbox"/> Allergien, welche? _____                      | <input type="checkbox"/> Allergiepapp          | <input type="checkbox"/> Endokarditisprophylaxe            |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                                   | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher     | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                   |
| <input type="checkbox"/> Ohrensausen/Tinnitus                          | <input type="checkbox"/> Epilepsie             | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck               |
| <input type="checkbox"/> Nieren  | <input type="checkbox"/> Schilddrüse           | <input type="checkbox"/> Grüner Star                       |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                                   | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung       | <input type="checkbox"/> Leber                             |
| <input type="checkbox"/> Verlängerte Blutungszeit nach Verletzung      | <input type="checkbox"/> Immunsuppression      | <input type="checkbox"/> Gelenke (Rheuma)                  |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie eine Lebensmittelunverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                      |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Schlafstörungen?             | Wenn ja, welche? _____                         |  |
|  | an wieviel Tagen/Woche? _____                  |  |

## LEIDEN SIE UNTER FOLGENDEN INFEKTIONSKRANKHEITEN

- Hepatitis       A    B    C                       HIV/AIDS                       Tuberkulose  
 Krankenhauskeime (z.B: MRSA, etc)                       Creuzfeldt-Jakob (CJK)/ Variant CJK

## NEHMEN SIE MEDIKAMENTE?

- Blutdruckmedikamente       Herzmedikamente       Biphosphonate  
 Cortison (Kortikoide)       Schmerzmittel       Antidepressiva  
 blutverdünnende Medikamente, z.B. Marcumar, Xarelto, Eliquis, Pradaxa oder ASS  
Sonstige Medikamente ? \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen jemals Unverträglichkeiten gegen Medikamente oder örtliche Betäubung aufgetreten?  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

## WEITERE MEDIZINISCHE RELEVANTE ANGABEN

- Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?       Ja       Nein      Wenn ja, in welcher Woche? \_\_\_\_\_  
Rauchen Sie?       Ja       Nein      Wie viele Zigaretten am Tag? \_\_\_\_\_  
Schnarchen Sie?       Ja       Nein

### ALLGEMEINE HINWEISE

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner umseitigen und obigen Angaben und verpflichte mich, Änderungen meiner Angaben rechtzeitig mitzuteilen.

Hinweis zur Organisation: Um lange Wartezeiten zu vermeiden, führen wir eine Bestellpraxis. Der jeweils vereinbarte Termin ist nur für Sie reserviert, denn Qualitätsarbeit braucht Zeit. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir nicht wahrgenommen Termine, die nicht spätestens 24 Stunden zuvor abgesagt wurden, privat berechnen müssen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN / HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (art.7 Abs. 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 2DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH FÜR IHRE BEANTWORTUNGSZEIT. IHR TEAM DER AUREO MED HAUSARZTPRAXIS.