PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

DR. MED. MARTIN TSCHOKE • DR. MED. GISELA BANDHOLTZ • DR. MED. DOROTHEA ZEEH • DR. MED. CHRISTOPHER DOLLS

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

TBZD

Lehrpraxis für Allgemeinmedizin der Universität Bonn

ANAMNESEBOGEN **Seite 1**

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus.
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich zur Anamneseerhebung.
Bei Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon Festnetz / Mobil _____

Haben Sie eine oder mehrere Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	nein ☐	ja ☐	Hautkrankheit	nein ☐	ja ☐
Blutzuckerkrankheit	nein ☐	ja ☐	Gicht	nein ☐	ja ☐
Magenerkrankung	nein ☐	ja ☐	Gelenk-Rheuma	nein ☐	ja ☐
Nierenerkrankung	nein ☐	ja ☐	Tuberkulose	nein ☐	ja ☐
Lebererkrankung	nein ☐	ja ☐	Lungenkrankheit	nein ☐	ja ☐
Fettstoffwechselstörung	nein ☐	ja ☐	Herzkrankheit	nein ☐	ja ☐
Tumorerkrankung	nein ☐	ja ☐	Anfallsleiden	nein ☐	ja ☐

Wenn ja, welche: _____

Andere Vorerkrankungen: _____

ANAMNESEBOGEN **Seite 2**

Allergien

Gegen Medikamente nein ja

Wenn ja, gegen welche: _____

Andere Allergien: _____

Hatten Sie bereits eine / mehrere Operationen?

Wenn ja, welche und wann? _____

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwistern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck nein ☐ ja ☐

Blutzuckerkrankheit nein ☐ ja ☐

Fettstoffwechselstörung nein ☐ ja ☐

Herzinfarkt (Mutter, Vater) nein ☐ ja ☐

Schlaganfall nein ☐ ja ☐

Tumorerkrankung nein ☐ ja ☐

Allgemeine Anamnese ☐ ☐

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Rauchen Sie? nein ☐ ja ☐ Wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____ Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? nein ☐ ja ☐

Nehmen Sie Medikamente? nein ☐ ja ☐

Wenn ja, welche und wann? _____

_____

_____

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

DR. MED. MARTIN TSCHOKE • DR. MED. GISELA BANDHOLTZ • DR. MED. DOROTHEA ZEEH • DR. MED. CHRISTOPHER DOLLS

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

TBZD

Lehrpraxis für Allgemeinmedizin der Universität Bonn

ANAMNESEBOGEN **Seite 3**

Sind Sie gegen Covid 19 geimpft? nein ☐ ja ☐ Wenn ja, mit welchem Impfstoff: _____

Ist ein Impfausweis vorhanden nein ☐ ja ☐ Datum 1. Impfung: _____

Datum 2. Impfung: _____

Sind Sie schwanger nein ☐ ja ☐ Datum 3. Impfung: _____

Um zu überprüfen, ob Sie einen vollständigen Impfschutz besitzen, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Wann war Ihre letzte Vorsorge-Untersuchung (Check-up 35) _____

Wann wurde Ihre letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt _____

Sind Sie zur Zeit in fachärztlicher Behandlung?

nein ☐ ja ☐ Wenn ja, bei welchem Facharzt:

Augenarzt ja ☐ Name des Arztes _____

Gynäkologie ja ☐ Name des Arztes _____

Kardiologie ja ☐ Name des Arztes _____

Lungenfacharzt ja ☐ Name des Arztes _____

Orthopädie ja ☐ Name des Arztes _____

Urologie ja ☐ Name des Arztes _____

Wenn Sie privat versichert sind:

Name der Krankenversicherung _____

Versicherungstarif _____

Rechnungsanschrift

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Telefonbuch ☐ Internet ☐ Sonstiges ☐

Durch Empfehlung von: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.
Ihr Praxisteam **Dr. M. Tschoke, Dr. G. Bandholtz, Dr. D. Zeeh**

Datum _____ Unterschrift _____

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

DR. MED. MARTIN TSCHOKE • DR. MED. GISELA BANDHOLTZ • DR. MED. DOROTHEA ZEEH • DR. MED. CHRISTOPHER DOLLS

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

TBZD

Lehrpraxis für Allgemeinmedizin der Universität Bonn

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG Gesetzlich Krankenversicherte **oder** Privat Krankenversicherte Patienten

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. Art. DSGVO

Patientenname: _____

☐ Ich bin damit einverstanden,
dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte / Labore übermittelt bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten / Laboren eingeholt werden dürfen.

☐ Ich bin damit einverstnaden,
dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangereiche **Auskunftserteilung** zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann die **Berichtigung, Löschung** und **Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meine, Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nach Fetsstellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name / Adresse /Telefon

1. _____

2. _____

3. _____

_____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten / gesetzlicher Vertreter

PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

DR. MED. MARTIN TSCHOKE • DR. MED. GISELA BANDHOLTZ • DR. MED. DOROTHEA ZEEH • DR. MED. CHRISTOPHER DOLLS

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

TBZD

Lehrpraxis für Allgemeinmedizin der Universität Bonn

ANAMNESEBOGEN für Privat Krankenversicherte Patienten

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen SIe ihn gut durch und füllen ihn sorgfältig aus.
Die Angaben unterleigen der ärztlichen Schweigepflicht und diesen ausschließlich zur Anamneseerhebung.
Bei Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam gerne zur Verfügung.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon Festnetz / Mobil _____

Haben Sie eine oder mehrere Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	nein	ja	Hautkrankheit	nein	ja
Blutzuckerkrankheit	nein	ja	Gicht	nein	ja
Magenerkrankung	nein	ja	Gelenk-Rheuma	nein	ja
Nierenerkrankung	nein	ja	Tuberkulose	nein	ja
Lebererkrankung	nein	ja	Lungenkrankheit	nein	ja
Fettstoffwechselstörung	nein	ja	Herzkrankheit	nein	ja
Tumorerkrankung	nein	ja	Anfallsleiden	nein	ja

Wenn ja, welche: _____

Andere Vorerkrankungen: _____

ANAMNESEBOGEN für Privat Krankenversicherte Patienten

Allergien

Gegen Medikamente nein ja

Wenn ja, gegen welche: _____

Andere Allergien: _____

Hatten Sie bereits eine / mehrere Operationen?

Wenn ja, welche und wann? _____

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwistern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck nein ja

Blutzuckerkrankheit nein ja

Fettstoffwechselstörung nein ja

Herzinfarkt (Mutter, Vater) nein ja

Schlaganfall nein ja

Tumorerkrankung nein ja

Allgemeine Anamnese

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Rauchen Sie? nein ja Falls ja, seit wie vielen Jahren? _____ Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja

Nehmen Sie Medikamente? nein ja

Wenn ja, welche und wann? _____

_____

_____