



Dr. med. Edda Hoffmann und Dr. med. Christiane Lopes

Hauptstraße 11, 73773 Aichwald

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Fachärztin für Innere Medizin (Kardiologie), Notfallmedizin

Telefon: 0711 / 36 13 70

PATIENTENANAMNESE

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Für unsere Kartei bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Name: **Telefonnummer Privat:**
Vorname: **Telefonnummer Mobil:**
Straße: **Telefonnummer Geschäft:**
PLZ / Ort: **Fax:**
Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ **E-Mail Adresse:**

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?:

Für Privat versicherte Patienten: ____ Normaltarif ____ Basistarif ____ Standardtarif

Hauptversicherter: **dessen Geburtsdatum**

Beruf des Patienten:

Familienstand: ____ ledig ____ verheiratet ____ geschieden ____ verwitwet

Größe: cm **Gewicht:** kg

KINDER:

Geben Sie bitte die Anzahl an:

FÜR UNSERE PATIENTINNEN:

Schwangerschaft/en: Anzahl **Geburten:** Anzahl

UM UNS VORAB EIN BILD IHRER BESCHWERDEN MACHEN ZU KÖNNEN,

BEANTWORTEN SIE UNS BITTE NOCH FOLGENDE FRAGEN:

1. RISIKOFAKTOREN:

Alkoholkonsum: ____ überhaupt keinen ____ selten ____ regelmäßig ____ täglich
wenn ja Menge und Art: ca. Gläser / Tag

Rauchen: Ich habe ____ nie geraucht ____ früher geraucht ____ rauche immer noch

wenn ja Menge: ca. am Tag ____ mit Filter ____ ohne Filter





Art: ___ Zigaretten ___ Zigarren ___ Zigarillos ___ Pfeife
Ich rauche seit: **Ich habe aufgehört:**

Andere Mittel: ___ Anabolika ___ Aufputzmittel ___ Drogen
Sonstiges:

2. LEIDEN SIE UNTER CHRONISCHEN KRANKHEITEN? ___ Ja ___ Nein
Wenn ja, welche?

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

3. LEIDEN SIE UNTER ALLERGIEN? ___ Ja ___ Nein
Wenn ja, welche?

4. NEHMEN SIE ZURZEIT MEDIKAMENTE EIN? ___ Ja ___ Nein
Wenn ja, welche?

5. WELCHE KINDERKRANKHEITEN HATTEN SIE?
___ Masern ___ Mumps ___ Röteln ___ Windpocken ___ Röteln
Sonstige:

6. WELCHE SCHWERWIEGENDEN ERKRANKUNGEN LIEGEN IN DER FAMILIE VOR?
..... Vater ___ Mutter ___ Geschwister
..... Vater ___ Mutter ___ Geschwister

7. WURDE BEI IHNEN IM LETZTEN JAHR EINE RÖNTGENAUFNAHME GEMACHT?
___ Ja ___ Nein
Wenn ja, welches Organ wurde untersucht?





8. WURDE BEI IHNEN BEREITS EINE GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG AB 35 JAHREN DURCHGEFÜHRT?

___ Ja ___ Nein

Wenn ja, wann zuletzt?

9. FÜR UNSERE MÄNNLICHEN PATIENTEN AB 45 JAHREN:

Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt? ___ Ja ___ Nein

Wenn ja, wann zuletzt?

10. WURDEN SIE IN DEN LETZTEN 5 JAHREN GEIMPFT? ___ Ja ___ Nein

Wenn ja, welche Impfungen?

___ Tetanus ___ Diphtherie ___ Polio / IPV ___ FSME / Zecken ___ Hepatitis A ___ Hepatitis B

Sonstige Impfungen:

11. BEI WELCHEM HAUSARZT WAREN SIE ZULETZT IN BEHANDLUNG?

Dr. med.

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern? ___ Ja ___ Nein

Wenn ja, geben Sie bitte hier die Adresse und / oder Telefonnummer des Arztes an:

Straße: PLZ: Ort:

Telefonnr: /

Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen:

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an die Praxis Dr. med. Hoffmann und Dr. med. Lopes weiter zu leiten.

Frau / Herr

Vorname des Patienten Nachname des Patienten Geb-Datum

Aichwald, den

Datum Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten

12. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Durch:

13. ERINNERUNG / RECALL WICHTIGER GESUNDHEITSTERMINE

Viele Patienten vergessen aufgrund zahlreicher geschäftlicher und privater Termine, rechtzeitig an wichtige Gesundheitstermine zu denken. Daher haben wir ein Recallsystem eingeführt. Sie bekommen von uns eine





schriftliche Erinnerung und entscheiden dann selbst, ob Sie den Termin wahrnehmen möchten.
Ich möchte unverbindlich an Termine erinnert werden (keine Verpflichtung Ihrerseits)
..... Ja Nein



Die Erinnerung soll folgende Termine umfassen:

..... alles (Vorsorgetermine, Impfungen, etc.) Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr
..... Krebsvorsorge nur bei Männern ab 46. Lebensjahr Impfungen

Für das Recall der Impfungen benötigen wir Ihren aktuellen Impfpass. Geben Sie ihn bitte, evt. auch mit weiteren, älteren Exemplaren bei Gelegenheit in der Praxis ab. Wir kontrollieren ihn, vermerken die Auffrischungstermine, die wir Ihnen schriftlich mitteilen, bzw. beraten Sie über fehlende Impfungen.

14. GRUND DES HEUTIGEN PRAXISBESUCHS:

..... akute Erkrankung chronische Erkrankung Vorsorge (Untersuchung / Impfung)
..... Schmerzen

Beschreibung Ihrer Beschwerden:

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten Sie auf:

..... seit heute seit gestern seit ein paar Tagen seit ein paar Wochen
..... seit Monaten seit Jahren von Geburt an

FÜR SCHMERZPATIENTEN:

Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen (bitte ankreuzen):

LEICHT 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 STARK

ICH BESTÄTIGE DIE RICHTIGKEIT MEINER ANGABEN VON SEITE 1 BIS 4

Aichwald, den

Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

HERZLICHEN DANK FÜR DIE BEANTWORTUNG DER FRAGEN!

Ihr Praxisteam Dr. med. Hoffmann und Dr. med. Lopes

WENN SIE NOCH KEINE GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG (BZW. KREBSVORSORGE) HATTEN GEBEN SIE BITTE HIER EINEN MÖGLICHEN WUNSCHTERMIN FÜR DIE ERSTE BENACHRICHTIGUNG AN:

Monat

