

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation bei mir aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, bin ich Ihnen gerne behilflich. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Herzlichen Dank!



Internistische Praxis Isartal

Dr. med. univ. Elisabeth Hartung
Prof.-Benjamin-Allee 1
82067 Ebenhausen
Fon 0 81 78.90 78 20
Fax 0 81 78.90 78 22
praxis@docisartal.de
www.docisartal.de

Sprechstunden

Montag 7.30 – 13.00 Uhr
und 17.00 – 20.00 Uhr
Dienstag 8.00 – 13.00 Uhr
Mittwoch 14.00 – 18.00 Uhr
Donnerstag 8.00 – 13.00 Uhr
Freitag 7.30 – 13.00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Krankenversicherung: _____

Größe, Gewicht: _____

Haben Sie Kinder? _____

Für Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Anzahl der Geburten _____

Anzahl der Schwangerschaften _____

ANAMNESEBOGEN

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Nein Ja, Welche?

Haben Sie einen Allergiepass? Nein Ja

Rauchen Sie?

Nein ja seit Jahren / Monaten Menge Stk./Tag

ich habe aufgehört seit Jahren / Monaten Menge Stk./Tag

Zigaretten Zigarillos Zigarren Wasserpfeife Pfeife E-Zigarette

Nehmen Sie abhängig machende Substanzen?

(Anabolika, Aufputschmittel, Schlafmittel, Drogen)

Nein

Ja Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja Welche?

Hatten Sie Kinderkrankheiten?

Nein

Ja Welche? z.B. Masern Mumps Röteln Windpocken

sonstige

Wie ist Ihr Impfstatus? Benötigen Sie aktuell Auffrischungsimpfungen?

Nein

Ja (Bitte bringen Sie Ihren Impfpass zum nächsten Termin mit)

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?

Nein

Bluthochdruck

Diabetes mellitus

koronare Herzerkrankung

erhöhte Blutfettwerte

Depression

Nierenerkrankungen

Asthma

chronische Bronchitis

epileptische Anfälle

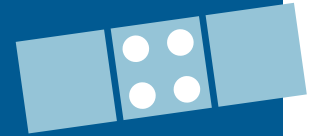
Gastritis

Lebererkrankungen

Infektionen etc.

sonstige

INTERNISTISCHE
PRAXIS
ISARTAL



Dr. med. univ. Elisabeth Hartung

Internistische Praxis Isartal

Dr. med. univ. Elisabeth Hartung

Prof.-Benjamin-Allee 1

82067 Ebenhausen

Fon 0 81 78.90 78 20

Fax 0 81 78.90 78 22

praxis@docisartal.de

www.docisartal.de

Sprechstunden

Montag 7.30 – 13.00 Uhr

und 17.00 – 20.00 Uhr

Dienstag 8.00 – 13.00 Uhr

Mittwoch 14.00 – 18.00 Uhr

Donnerstag 8.00 – 13.00 Uhr

Freitag 7.30 – 13.00 Uhr

sowie nach Vereinbarung

ANAMNESEBOGEN

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt/Schlaganfall/ eine Thrombose?

Nein

Ja Wann?

Welche Therapie-/Rehamaßnahmen sind erfolgt?

Leiden Sie deshalb noch unter Einschränkungen?

Sind sie schon einmal operiert worden?

Nein

Ja Woran?

Wann?

Wo? (Klinik)

Wurde bei Ihnen in der Vergangenheit eine Krebserkrankung festgestellt?

Nein

Ja Welche?

Welche Therapie ist erfolgt?

Konnte die Erkrankung geheilt werden? Ja nein

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tante, Onkel) schwerwiegende Erkrankungen aufgetreten?

Nein

Ja Welche? z.B.:

Herz-Kreislaufkrankungen

Thrombosen/Lungenembolie

Krebserkrankungen

Demenz

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35 Jahren durchgeführt?

Nein

Ja Wann zuletzt?

Gab es Auffälligkeiten?

Ebenhausen, am

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



**INTERNISTISCHE
PRAXIS
ISARTAL**

Dr. med. univ. Elisabeth Hartung

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

Internet

Sie wurden mir empfohlen von

Telefonbuch

Ein Familienmitglied ist bereits Patient

Sonstige

Möchten Sie von mir unverbindlich an den nächsten Gesundheits-Check und die nächste Auffrischungsimpfung erinnert werden?

Nein

Ja

per E-Mail

per Post

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPLICHT



Hiermit entbinde ich

Vorname _____ Nachname _____
PLZ _____ Ort _____
Straße _____ Haus.Nr. _____
Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

Ich bitte Sie, nachfolgenden Personen Auskünfte über meinen gesundheitlichen Zustand zu geben und auf Wunsch Einsicht in die Krankenakten zu ermöglichen:

Meinem Lebenspartner

Vorname _____ Nachname _____
PLZ _____ Ort _____
Straße _____ Haus.Nr. _____
Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Meinen Kindern/Enkeln

Vorname _____ Nachname _____
PLZ _____ Ort _____
Straße _____ Haus.Nr. _____
Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Meinen Kindern/Enkeln

Vorname _____ Nachname _____
PLZ _____ Ort _____
Straße _____ Haus.Nr. _____
Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Vorname _____ Nachname _____
PLZ _____ Ort _____
Straße _____ Haus.Nr. _____
Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Internistische Praxis Isartal

Dr. med. univ. Elisabeth Hartung
Prof.-Benjamin-Allee 1
82067 Ebenhausen
Fon 0 81 78.90 78 20
Fax 0 81 78.90 78 22
praxis@docisartal.de
www.docisartal.de

Sprechstunden

Montag 7.30 – 13.00 Uhr
und 17.00 – 20.00 Uhr
Dienstag 8.00 – 13.00 Uhr
Mittwoch 14.00 – 18.00 Uhr
Donnerstag 8.00 – 13.00 Uhr
Freitag 7.30 – 13.00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT



Meinem rechtlichen Betreuer

Vorname _____ Nachname _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Haus.Nr. _____

Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Weiteren Personen

Vorname _____ Nachname _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Haus.Nr. _____

Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Vorname _____ Nachname _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Haus.Nr. _____

Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Vorname _____ Nachname _____

PLZ _____ Ort _____

Straße _____ Haus.Nr. _____

Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Internistische Praxis Isartal

Dr. med. univ. Elisabeth Hartung
Prof.-Benjamin-Allee 1
82067 Ebenhausen
Fon 0 81 78.90 78 20
Fax 0 81 78.90 78 22
praxis@docisartal.de
www.docisartal.de

Sprechstunden

Montag 7.30 – 13.00 Uhr
und 17.00 – 20.00 Uhr
Dienstag 8.00 – 13.00 Uhr
Mittwoch 14.00 – 18.00 Uhr
Donnerstag 8.00 – 13.00 Uhr
Freitag 7.30 – 13.00 Uhr
sowie nach Vereinbarung

Die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht wurde von mir freiwillig und in vollem Besitz meiner geistigen Fähigkeiten abgegeben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____