



Gemeinschaftspraxis
KAUFUNGEN

Stefan Gibhardt

Facharzt für Innere Medizin
Facharzt für Allgemeinmedizin
Notfallmedizin

Thorsten Schnorr

Facharzt für Allgemeinmedizin
Manuelle Medizin/Chirotherapie
Notfallmedizin

Sensensteinstraße 2 | 34260 Kaufungen | ☎ 05605 4855 | Fax: 05605 70114 email: info@hausarzt-kaufungen.de

Liebe Patienten,

Sie möchten von uns medizinisch betreut werden. Wir freuen uns darüber und danken Ihnen für Ihr Vertrauen. Um Ihnen optimal weiterhelfen zu können, bitten wir Sie um nachfolgende Angaben:

Name:..... Vorname:.....

Geb.-Datum:.....

Postleitzahl/Wohnort:.....

Straße.....

Telefonisch erreichbar :

beruflich.....

privat:.....

Email:.....

Im Notfall

benachrichtigen:.(Angehörige,Tel.Nr.).....

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann ?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (Asthma, chronische Bronchitis, Tbc) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operationen / Unfälle |

Sonstiges:

Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel:

.....Zigaretten

Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, was / wieviel: / Woche /Monat

Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)

Wenn ja, wogegen:

.....
.....

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche und welche Dosierung?

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

Wie groß sind Sie:..... cm

Wieviel wiegen Sie:..... kg

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt ? Wann zuletzt? Wo?

Ja Nein

- Gesundheitsuntersuchung.....
- Krebsfrüherkennungsuntersuchung.....
- Darmspiegelung.....
- DMP-Programm eingeschrieben? wenn ja welches.....

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt ?

Ja Nein

- Bluthochdruck
- Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
- Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus
- Tumorerkrankungen
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen
- Thrombose oder Lungenembolie
- Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)

Sozialanamnese

Familienstand

.....

Kinder

.....

Beruf

.....

Hobbys

.....

Freizeitaktivitäten

.....

Möchten Sie, dass wir für Sie Vorbefunde anfordern?

Falls ja bei wem?.....

.....

.....

Nach der EU-Datenschutzgrundverordnung(DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Wir haben die Patienteninformation zum Datenschutz in unserer Praxis ausgelegt und stellen Ihnen diese gern auch in schriftlicher Form zur Mitnahme zur Verfügung.

- Ja, ich möchte eine DSGVO - Patienteninformation mitnehmen.
- Nein, ich bin über die in der Praxis ausgelegten DSGVO - Patienteninformation ausreichend informiert.

Bitte entsprechend angeben.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen und Ihren Impfpass, sowie evtl. vorliegende wichtige Vorbefunde vor Ihren Sprechstundentermin an unserer Anmeldung ab. **Sollte sich Ihre Telefonnummer / Erreichbarkeit ändern teilen Sie uns dieses bitte mit.**

Unterschrift

Datum:.....

Vielen Dank

Ihr Praxisteam

Raum für Ihre individuellen Informationen / Mitteilungen: