

## Patientenanamnese

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

**Bitte füllen Sie separat die Ihnen ausgehändigte Datenschutzerklärung aus!**

Für unsere Kartei bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen:

Name:

\_\_\_\_\_

Vorname:

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_ dessen Geb.Datum \_\_\_\_\_

Beruf des Patienten: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Um uns vorab ein Bild ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie uns bitte noch folgende Fragen:

Alkoholkonsum:

- keinen
- selten
- regelmäßig
- täglich

Rauchen:

- Ich habe nie geraucht
- früher geraucht
- rauche noch, ca. \_\_\_\_\_ am Tag seit: \_\_\_\_\_ Jahren

Andere Mittel:

- Anabolika
- Aufputzmittel
- Drogen

Leiden Sie unter chronischen Krankheiten?

- ja
- nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie damit bisher an einem sog. DMP (Disease-Management-Programm) teilgenommen?

- Ja
- nein

Werden Sie auch von anderen Fachärzten betreut?  
Welche und weshalb?

---

---

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

---

Leiden Sie unter Allergien?

- Ja
- nein

Wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- ja
- nein

Wenn ja, welche? (ggf. Medikamentenplan vorlegen)

---

---

Liegen schwerwiegenden Erkrankungen in ihrer Familie vor (z. B. Herzinfarkt oder Krebs)?

---

Wurde bei Ihnen bereits eine Gesundheitsuntersuchung ab 35/ 55 Jahren durchgeführt?

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

.

Für unsere männlichen Patienten ab 45 Jahren:  
Wurde bei Ihnen bereits eine Krebsvorsorge durchgeführt?

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung vorgenommen?

Wenn ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung?

Dr. med. \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel./Fax:

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern?

ja  nein

Bei Befundanforderung bitte unbedingt ausfüllen:

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei oben genanntem Arzt. Ich bitte Sie meine Befunde an die Landarztpraxis Holdenstedt, Tannenweg 1, 29525 Uelzen-Holdenstedt, zu übermitteln.

Frau/Herr \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Wrestedt/Holdenstedt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten bzw. des Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_