INTERNISTEN
MÜNCHEN OST
DR.TEGELER & DR.DURCHLAUB
Diabetologie | Kardiologie | Hausarztmedizin

Anamnesebogen

ANSCHRIFT

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße / Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Festnetznummer _____

Mobilfunknummer _____

E-Mail* _____

*Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung zu Terminerinnerungen oder medizinischen Sachverhalten zB. Laborergebnisse über dieses Medium wünschen. Diese sind Passwortgeschützt.

Bisheriger Hausarzt _____

VERSICHERUNG

_____

Name der Krankenversicherung und Tarif:

HZV- Hausarztzentrierte Versorgung (für gesetzlich versicherte Patienten)

Haben Sie bei einem anderen Hausarzt früher schon mal einen HZV Vertrag unterschrieben?

JA ☐ NEIN ☐

PERSÖNLICHE ANGABEN

Raucher ☐ nein, ☐ ja seit _____ Jahren _____ Zigaretten / Tag

Treiben Sie Sport ☐ nein ☐ ja _____

Gewicht _____ kg. Größe _____ cm

Patientenverfügung vorhanden ☐ nein ☐ ja

Pflegegrad ☐ nein ☐ ja Stufe: _____

Grad der Behinderung ☐ nein ☐ ja. _____%

WELCHE VORERKRANKUNGEN HABEN SIE?

_____ _____

_____ _____

_____ _____

HABEN SIE ALLERGIEN? Insbesondere Medikamentenallergien.

_____

Name der allergenen Substanz

_____

Art der allergischen Reaktion (z.B. Hautrötung, Kreislaufkollaps, Asthmaanfall)

WELCHE OPERATIONEN WURDEN BEI IHNEN DURCHGEFÜHRT?

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

_____ Jahr _____

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE AKTUELL?

Name des Medikaments	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Sie können uns auch gerne einen Medikationsplan zusenden. Bitte Nahrungsergänzungsmittel nicht vergessen.

HABEN SIE AKTUELL BESCHWERDEN?

_____

Art der Beschwerden

WIE SIND SIE AUF UNSERE PRAXIS AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Internet ☐ auf Empfehlung Freunde/Familie usw

☐ Arztempfehlung (Name des Arztes). _____

PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

Die gesetzlichen Krankenversicherungen bieten einen Gesundheitscheck alle 3 Jahre an. Dieser beinhaltet ein Gespräch über Risikokonstellationen, eine gründliche körperliche Untersuchung sowie eine Laboruntersuchung mit einem nüchtern Blutzucker und Cholesterinwerten.
Wünschen Sie über sinnvolle Vorsorgemassnahmen, die unter Umständen nicht von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden informiert zu werden z.B. HerzCheck, HerzGefäß Check, Allgemeiner Check, Impfungen?

☐ ja ☐ nein

ZUSATZINFORMATIONEN

☐ Ich möchte auf Termine oder sinnvolle Vorsorgemassnahmen/ anstehende Untersuchungen / Impfungen usw hingewiesen werden

☐ ich möchte auf Termine usw nicht hingewiesen werden

Sie kommen zur Behandlung in unsere Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Der vereinbarte Termin ist ausschliesslich für Sie reserviert. Bitte sagen Sie Termine mindestens 24 Stunden vorher ab, damit wir den Termin anderweitig vergeben können. Ansonsten kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden.

_____

Ort und Datum Unterschrift des Patienten/in, bzw gesetzlicher Vertreter