****

|  |  |
| --- | --- |
| **Facharzt für Innere Medizin** | **Lammstr. 3 / 79189 Bad Krozingen****Tel. 07633 / 9102-0 Fax 910 2-33** |

**Anamnesebogen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Größe: Gewicht:

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt:

Andere Behandelnde Ärzte:

**Ich nehme bereits an der hausarztzentrierten Versorgung BaWü teil:**

 **ja nein**

Allergien:

Rauchen Sie: Nein Ja, \_\_\_ Zigaretten/pro Tag seit \_\_\_

Bisherige Operationen (falls ja, wann und welche):

Letzter Check-up beim Hausarzt, im Jahr: \_\_\_

Letzte Darmspiegelung im Jahr: \_\_\_ Letzte Magenspiegelung im Jahr: \_\_\_

Impfpass vorhanden: ja nein

**Dauernde Medikamente (falls vorhanden bitte Medikationsplan beilegen):**

**Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?**

 Herzerkrankung

 Diabetes

 Bluthochdruck

 Reizdarm

 Krebserkrankungen

 Thrombose

 Blutungsneigung

 Schilddrüsenerkrankungen

 Glaukom

 Asthma / COPD

 Schlaganfall

 Gemütskrankheiten

 Arthrose

 Krampfanfälle

 andere Vorerkrankungen:

**Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?**

 Demenz / Alzheimer Bluthochdruck Herzerkrankung Krebserkrankung

 Allergie Asthma / COPD Schlaganfall  Diabetes mellitus

Wohnsituation: alleine mit Partner mit Familie betreutes Wohnen Seniorenheim

Pflegegrad: nein *ja,* Grad \_\_ Schwerbehinderung: nein ja, GdB in % \_\_\_

Patientenverfügung vorhanden: ja nein

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

 Arzt Familie Bekannte(r) Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

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

Datum, Unterschrift