HAUSARZTPRAXIS
BARTSCHERER

Michael Bartscherer
Facharzt für Innere Medizin · Hausarzt
Koblenzer Str. 8 · 57072 Siegen
Tel. (0271) 5 70 48 · mail@praxis-bartscherer.de

Erstanamnesebogen

Herzlich willkommen in unserer Praxis! Damit wir Sie von Anfang an gut betreuen können, bitten wir Sie, diesen Bogen vor Ihrem ersten Besuch auszufüllen und mitzubringen. Füllen Sie bitte aus, was Sie wissen. Wenn Sie Akten oder Vorbefunde haben, bringen Sie diese gerne mit. Offene Fragen klären wir gemeinsam im Gespräch.

Persönliche Angaben

NAME _____ VORNAME _____ GEBURTSDATUM _____

STRASSE, HAUSNUMMER _____ PLZ, ORT _____

TELEFON _____ MOBIL _____ E-MAIL (FREIWILLIG) _____

KRANKENKASSE / VERSICHERUNG _____ ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ Beihilfe VERSICHERUNGSART _____ BERUF _____

BISHERIGE HAUSARZTPRAXIS _____ ANGEHÖRIGE/R FÜR NOTFÄLLE (NAME, TELEFON) _____

GRÖSSE (CM) _____ GEWICHT (KG) _____ WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN? (FREIWILLIG) _____

Anlass Ihres Besuchs

Haben Sie zurzeit Beschwerden oder ein bestimmtes Anliegen?

_____

_____

Bekannte Erkrankungen

bitte ankreuzen

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Herzschwäche
- ☐ Thrombose / Lungenembolie
- ☐ Erhöhte Blutfette
- ☐ Schlafapnoe
- ☐ Nierenerkrankung
- ☐ Osteoporose
- ☐ Depression / Angst
- ☐ Herzinfarkt / Herzkranzgefäße
- ☐ Herzklappenerkrankung
- ☐ Durchblutungsstörung Beine
- ☐ Schilddrüsenerkrankung
- ☐ Magen- / Darmerkrankung
- ☐ Gicht
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Grüner Star (Glaukom)
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Diabetes (Zucker)
- ☐ Asthma / COPD
- ☐ Lebererkrankung
- ☐ Rheuma / Gelenkerkrankung
- ☐ Epilepsie / Nervenerkrankung
- ☐ Hepatitis / HIV / Tuberkulose
- ☐ Andere / Erläuterungen: _____

Operationen und Krankenhausaufenthalte

JAHR	WAS? (OPERATION, ERKRANKUNG)	WO? (KRANKENHAUS)

Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen

Auch Spritzen, Sprays, Augentropfen und Nahrungsergänzungsmittel

MEDIKAMENT	STÄRKE	MORGENS – MITTAGS – ABENDS – NACHT

Haben Sie einen Medikationsplan? Dann bringen Sie ihn bitte einfach mit.

Blutverdünner? ☐ nein ☐ ja, welcher: _____

Allergien und Unverträglichkeiten

Allergien bekannt? ☐ nein ☐ ja

☐ Medikamente ☐ Kontrastmittel / Jod ☐ Pflaster / Latex ☐ Nahrungsmittel

Welche, und wie äußert sich die Reaktion? _____

Erkrankungen in der Familie

Eltern, Geschwister, Kinder

☐ Herzinfarkt / Schlaganfall unter 60 Jahren
☐ Diabetes
☐ Krebs, welcher: _____
☐ Sonstiges: _____

Lebensgewohnheiten

Rauchen ☐ nie ☐ früher ☐ ja

wie viel/Tag _____ seit/bis _____

Alkohol ☐ nie ☐ selten ☐ täglich

Sport ☐ kaum ☐ 1–2× ☐ öfter pro Woche

Impfungen und Vorsorge

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit. Wann waren zuletzt (ungefähres Jahr genügt):

_____ TETANUS-IMPFUNG

_____ GESUNDHEITS-CHECK-UP

_____ DARMSPIEGELUNG

Weitere Angaben

_____ WEITERE BEHANDELNDE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (FACHRICHTUNG, NAME)

☐ Herzschrittmacher / ICD ☐ Gelenkersatz / Implantate ☐ Schwerbehindertenausweis
☐ Pflegegrad ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht

Vorbefunde: ☐ Ich bin einverstanden, dass die Praxis Michael Bartscherer Befunde und Arztbriefe bei meiner bisherigen Hausarztpraxis und meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten anfordert. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bitte schicken Sie den ausgefüllten Bogen nicht per E-Mail, sondern bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit. Informationen zum Datenschutz finden Sie auf www.praxis-bartscherer.de.

_____ ORT, DATUM

_____ UNTERSCHRIFT