

Dr. med. Dóra Kersch
Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologie, Notfallmedizin
Industriestraße 2, 36251 Ludwigsau
Tel. 06621 7948734
landarztpraxis-kersch.de
info@landarztpraxis-kersch.de
rezept@landarztpraxis-kersch.de

Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patienten,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrem ersten Besuch aus. Erscheint Ihnen eine Frage unklar, so lassen Sie diese aus und wir besprechen sie bei Ihrem ersten Termin. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie optimal an Ihren Bedürfnissen anzupassen.

Bitte bringen Sie Ihren Fragebogen, Impfausweis, Medikamentenplan und Entlassungsberichte zu Ihrem ersten Termin mit. Gerne können Sie uns diese Unterlagen auch vor Ihrem ersten Termin per E-Mail oder postalisch ab den 10.08.2023 zukommen lassen.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße, Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____ Mobil _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Anzahl der Kinder _____

Krankenkasse/Versicherung

Wie sind Sie versichert? Privat Gesetzlich

Zusatzversicherung für stat. Behandlung? Nein Ja

Versichertenstatus Arbeitend Familienversichert Rentner

Bei welcher Krankenkasse sind sie Versichert? _____

Allgemeine Vorgeschichte

- Psychische Erkrankung Nein Ja
- Annfallsleiden / Epilepsie Nein Ja
- Schlaganfall Nein Ja
- Medikamentenallergie Nein Ja
- Allergien Nein Ja
- Operationen Nein Ja wann und welche

Familienanamnese

Ist bei Blutsverwandten ein chronisches Leiden bekannt? Wie: Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Blutzucker, Gicht, usw

Letzter Check-up

- Facharzt, im Jahr _____ Hausarzt, im Jahr _____
- Regelmäßige Krebsvorsorge beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr _____

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

- Drogen Beginn / Sorte / Menge

- Alkohol Beginn / Sorte / Menge

- Zigaretten Beginn / Anzahl/Tag

Kinderkrankheiten

- Masern Windpocken Röteln Ich weiß es nicht
- Sonstige _____

Ernährungsgewohnheiten

- Mischkost Vegetarisch Vegan Sonstige

Schwerbehinderung

Nein Ja, GdB in % _____

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