MVZ Medizin für den ganzen Menschen GmbH · Hausärztliche Praxen in Basdorf und Zehdenick
Praxis Basdorf · René-Iskin-Ring 1, 16348 Wandlitz OT Basdorf · Telefon 033397 676222 · Fax 033397 676232
Praxis Zehdenick · Castrop-Rauxel-Allee 6, 16792 Zehdenick · Telefon 03307 312756 · Fax 03307 312758

Anmelde- und Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Bogen vor Ihrem ersten Besuch aus, am Bildschirm oder ausgedruckt, und bringen Sie ihn mit Ihrer Versichertenkarte, Ihrem Medikationsplan und Ihrem Impfpass mit. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Was Sie nicht wissen, lassen Sie einfach frei; wir sprechen es gemeinsam durch.

Für welche Praxis? ☐ Basdorf ☐ Zehdenick

1 Persönliche Angaben

Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ | Ort

Telefon | Mobil | E-Mail

Krankenkasse | Beruf / Tätigkeit | Muttersprache

Wünschen Sie Unterstützung beim Übersetzen? ☐ nein ☐ ja

Bisherige Hausarztpraxis (für die Anforderung früherer Befunde) | Ort

Fachärztinnen und Fachärzte, bei denen Sie in Behandlung sind

2 Wen dürfen wir im Notfall benachrichtigen?

Name | Beziehung (z. B. Ehepartner, Tochter) | Telefon

Auskünfte über Ihre Gesundheit an Angehörige geben wir nur, wenn Sie uns dafür von der Schweigepflicht entbinden: dafür gibt es die gesonderte Einverständniserklärung.

3 Wie dürfen wir Sie erreichen?

Ich bin einverstanden, dass die Praxis mich zu Terminen, Befunden und Erinnerungen (z. B. Impfungen, Vorsorge) kontaktiert über:

☐ Telefon ☐ SMS ☐ E-Mail

E-Mail und SMS sind nicht verschlüsselt; Befunde selbst schicken wir so nicht. Sie können das jederzeit ändern oder widerrufen.

4 Was führt Sie zu uns?

Anlass, aktuelle Beschwerden, Ihre Fragen

5 Bekannte Erkrankungen

☐ Bluthochdruck	☐ Diabetes	☐ Erhöhte Blutfette
☐ Herzinfarkt, Stent, Bypass	☐ Herzschwäche	☐ Herzrhythmusstörung
☐ Schlaganfall	☐ Thrombose / Lungenembolie	☐ Asthma / COPD
☐ Nierenerkrankung	☐ Schilddrüsenerkrankung	☐ Lebererkrankung
☐ Krebserkrankung	☐ Rheuma / Gicht	☐ Osteoporose
☐ Depression / Angst	☐ Schlafapnoe	☐ Epilepsie
☐ Demenz / Gedächtnisstörung	☐ Suchterkrankung	

Weitere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen (mit Jahr)

Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator oder ein anderes Implantat? ☐ nein ☐ ja

6 Medikamente und Allergien

Bitte alle Medikamente, auch frei verkäufliche, pflanzliche Mittel, Spritzen, Sprays und Augentropfen. Einen Medikationsplan bringen Sie am besten mit.

Medikament	Stärke	Wie oft / wann

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ☐ nein ☐ ja ☐ weiß nicht

Allergien und Unverträglichkeiten (Medikamente, Kontrastmittel, Pflaster, Latex, Nahrungsmittel) und wie sie sich äußern

7 Familie

Gab es bei Eltern oder Geschwistern:

☐ Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem 60. Lebensjahr ☐ Diabetes
☐ Krebs (welcher? unten) ☐ Weitere erbliche Erkrankungen

Wer, welche Erkrankung, in welchem Alter

8 Lebensweise

Rauchen: ☐ nie ☐ früher ☐ ja

Wenn ja oder früher: wie viel am Tag, von wann bis wann

Alkohol: ☐ nie ☐ selten ☐ mehrmals pro Woche ☐ täglich

Bewegung: ☐ kaum ☐ bis 2½ Stunden pro Woche ☐ mehr als 2½ Stunden pro Woche

Könnten Sie schwanger sein? ☐ nein ☐ ja ☐ unsicher ☐ trifft nicht zu

9 Unterstützung und Vorsorge

☐ Pflegegrad ☐ Schwerbehinderung ☐ Pflegedienst
☐ Hilfsmittel (Rollator, Hörgerät …) ☐ Patientenverfügung ☐ Vorsorgevollmacht
☐ Betreuung ☐ Organspendeausweis

Ergänzungen, z. B. wer die Vollmacht hat

Ich bestätige, dass meine Angaben nach bestem Wissen richtig sind. Ändert sich etwas, sage ich in der Praxis Bescheid.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Verantwortlich: Praxis Zehdenick: MVZ Medizin für den ganzen Menschen GmbH. Praxis Basdorf: Praxis Stefan Höhne (Einzelpraxis).