



Anamnesebogen für

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,
die nachfolgenden Fragen helfen uns, Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen
Sie mit sorgfältigen Angaben dazu bei. Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Allgemeine Anamnese:

Beruf: _____

Größe (cm) / Gewicht (kg): _____

Pflegegrad, GdB, Merkzeichen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Genussmittel oder Medikamente ein?

Rauchen (Art, Menge/Tag): _____

Alkohol (Art, Menge/Tag): _____

Medikamente (Angabe bitte mit Dosierung und Tageszeit; alternativ Medikamentenplan beifügen):

Leiden/litten Sie an chronischen Erkrankungen? Sind sie schon operiert worden?

- Diabetes mellitus COPD Asthma
 Koronare Herzkrankheit (KHK)
 Bluthochdruck Erhöhtes Cholesterin
 Hauterkrankung Psychisches Leiden

- Herz(-schrittmacher) Gefäße
 Gallenblase Blinddarm Magen/Darm
 Mandeln (Gelenk-)implantate

Erläuterungen / Sonstige Erkrankungen oder Operationen:

Leiden Sie an Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?

- Nein
 Folgende:



Kommunikationsdaten:

Mobiltelefon: _____

Festnetztelefon: _____

E-Mail: _____

Soziale Medien: _____

Ich bin mit der Kontaktaufnahme zur Rücksprache und Informationsaustausch über folgende Kommunikationsmedien einverstanden. Dies schließt die Erinnerung an Fälligkeiten wie z.B. Impfungen, Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen ein:

- Alle Post Telefon E-Mail SMS Soziale Medien
 Bevorzugt Post Telefon E-Mail SMS Soziale Medien

Die Kommunikation per Mail und Telefax erfolgt unverschlüsselt. Versendung von Gesundheitsdaten erfolgt nur auf mit den gesetzlichen Datenschutzregelungen kompatiblen Kommunikationswegen.

Teilen Sie uns Änderungen bitte schnellstmöglich mit.

Ggf. Entbindung von der Schweigepflicht / Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen (sofern gewünscht)

Ich erkläre gegenüber:

<u>Name, Vorname</u>	<u>Geburtsdatum</u>	<u>Adresse</u>
1.		
2.		
3.		
4.		

die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus. Zur Identifizierung bei telefonischer Auskunft wird folgender vierstelliger Zahlencode festgelegt:

--	--	--	--

die Bevollmächtigung zur Abholung von Rezepten, Überweisungsscheinen, Befunden oder sonstigen Unterlagen (bitte nicht zutreffendes durchstreichen).
 Der/die Bevollmächtigte muss sich mit einem gültigen Personalausweis ausweisen können. Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme eventuell erteilter Zustimmungen. Mir ist bekannt, dass ich die erklärten Zustimmungen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen (siehe Aushang).

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder
Rechtsvertreter (Art der Beziehung)

Wichtige Informationen Ihres MVZ Hausärzte Ruhr

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir informieren Sie im Folgenden über bestehende Regelungen im MVZ Hausärzte Ruhr zur Serviceverbesserung:

Terminsprechstunde

Zur Verkürzung der Wartezeiten und Optimierung der Betriebsabläufe führen wir generell eine **Terminsprechstunde** nach vorheriger telefonischer, persönlicher oder über unsere Internetseite vorgenommener Anmeldung durch. Erforderliche Notfallbehandlungen werden selbstverständlich jederzeit durchgeführt. Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass sich geringe Wartezeiten auch in der Terminsprechstunde nicht immer vermeiden lassen. Falls Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, bitten wir um rechtzeitige Benachrichtigung.

Rezept- und Überweisungsbestellung

Bitte nutzen Sie zur Rezept- und Überweisungsbestellung einen der folgenden Möglichkeiten:

- Unseren bewährten **Serviceanrufbeantworter** unter der jeweiligen Rufnummer
0208 30 96 96 10 (für **Mülheim-Styrum**)
0208 30 96 96 20 (für **Mülheim-Heißen**)
0208 30 96 96 40 (für **Mülheim-Broich**)
0208 30 96 96 30 (für **Oberhausen-Mitte**)
Sie sprechen Ihre Wünsche auf und können die gewünschten Formulare bei einer an einem Werktag bis 12.00 Uhr aufgegebenen Bestellung am dann folgenden Arbeitstag in der Praxis ohne ansonsten unvermeidbare Wartezeiten abholen.
- Per E-Mail über
MH-styrum@hausaezte.ruhr (für **Mülheim-Styrum**)
MH-heissen@hausaezte.ruhr (für **Mülheim-Heißen**)
MH-broich@hausaezte.ruhr (für **Mülheim-Broich**)
OB-mitte@hausaezte.ruhr (für **Oberhausen-Mitte**)
- über das Feld **“Anfragen“** auf unserer Internetseite www.hausaerzte.ruhr. Hier stehen darüber hinaus **aktuelle und weiterführende Informationen** zu Ihrer Verfügung.

Sie helfen uns bei Nutzung dieser Möglichkeiten, den Sprechstundenbetrieb und das Arztgespräch von Störungen zu entlasten.

Hausbesuche

Wir führen **Hausbesuche** durch. Außerplanmäßig müssen diese bitte bis spätestens 11.00 Uhr des gewünschten Tages angemeldet werden.

Hausarztzentrierte Versorgung

Wir nehmen an der **Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)** teil. Sie unterstützen unsere Leistungsfähigkeit für Sie durch Teilnahme an dieser außerbudgetären Versorgungsform. Für weitere Informationen wenden Sie sich gerne an uns.

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team im MVZ Hausärzte Ruhr