

Mülheim-Heißen

Gneisenastr. 37
45472 Mülheim an der Ruhr

Telefon: 0208 49 66 77
Telefax: 0208 49 29 78
Service-AB: 0800 5 888 491

E-Mail: heissen@hausaeerzte.ruhr

Mülheim-Styrum

Alvenslebenstr. 23
45476 Mülheim an der Ruhr

Telefon: 0208 94 11 69 11
Telefax: 0208 94 11 69 12
Service-AB: 0800 000 75 28

E-Mail: styrum@hausaeerzte.ruhr

MVZ Hausärzte Ruhr • Alvenslebenstr. 23 • 45476 Mülheim

Anamnesebogen für Ihr MVZ Hausärzte Ruhr

Liebe Patientin, lieber Patient,

die nachfolgenden Fragen helfen uns, Ihnen eine optimale Behandlung zu ermöglichen. Bitte tragen Sie mit sorgfältigen Angaben dazu bei. Ankreuzen genügt meistens. Falls erforderlich, bitte ergänzen! Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team im MVZ Hausärzte Ruhr

Kommunikationsdaten:	
Telefon privat	:
Telefon dienstlich	:
Mobiltelefon	:
E-Mail	:
Fax	:
Beruf:	
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	
<input type="checkbox"/>	durch die Familie / Freunde / Bekannte
<input type="checkbox"/>	durch Empfehlung eines anderen Arztes
<input type="checkbox"/>	durch das Internet
<input type="checkbox"/>	durch das Außenschild
<input type="checkbox"/>	durch Folgendes:
Soll ein anderer Arzt über das Ergebnis der Behandlung informiert werden?	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, folgender :
Körperliche Parameter:	
Größe (cm)	:
Gewicht (kg)	:
Rauchen:	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, Was :
	Menge/Tag :
Alkoholkonsum:	
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Ja, Was :
	Menge/Tag :
Bei Frauen: Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?	
<input type="checkbox"/>	Nein. <input type="checkbox"/> Ungewiss
<input type="checkbox"/>	Ja, SSW :
	Errechneter Entbindungstermin:
Bei Berufsunfällen:	
Unfalltag/-zeit	:
Unfallort	:
Betrieb	:
Berufsgenossenschaft	:

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen oder nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Vorbefunde mitbringen.)
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin
<input type="checkbox"/> Folgende (Medikamente mit Dosierung und Einnahmegrund):
Sind Sie schon operiert worden?
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Blinddarm <input type="checkbox"/> Mandeln <input type="checkbox"/> Magen/Darm
<input type="checkbox"/> Gefäße
<input type="checkbox"/> Anderes/Erläuterung:
Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten?
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Sind Sie Träger von (Gelenk-)implantaten oder haben Sie einen Herzschrittmacher?
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Sind in der Familie Herz- oder Darmerkrankungen bekannt?
<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja, folgende:
Ich möchte per Mail an sich wiederholende Termine von der Praxis erinnert werden, wie z.B. Impfungen, Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen und stimme damit dem sogenannten Recall-System zu. Mir ist bekannt, dass ich auch nach erfolgter Zustimmung diese Erklärung jederzeit widerrufen kann. Der E-Mailverkehr erfolgt unverschlüsselt.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben sowie die Kenntnisnahme eventuell erteilter Zustimmungen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen (siehe Aushang).

Unterschrift Patient oder Rechtsvertreter (Art der Beziehung)