



Ihr Ersttermin in unserer Praxis – Wichtige Vorbereitung & Dokumente

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, Sie bald in unserer neu eröffneten Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Da Sie uns zum ersten Mal besuchen, möchten wir uns Zeit für Ihre Gesundheit nehmen und Ihre Akte perfekt vorbereiten.

Bitte bereiten Sie für Ihren Termin folgende Unterlagen vor:

- **Den beigefügten Anamnesebogen:** Bitte füllen Sie diesen vollständig aus (am Computer oder in gut lesbaren Druckbuchstaben).
- **Den aktuellsten internistischen Facharztbrief:** Wir benötigen nur das aktuellste Dokument mit Diagnosen und Therapien.
- **Ihren aktuellen Medikationsplan.**
- **Aktuelle Laborwerte:** Falls vorhanden, die letzten 3 Monate (max. 1–2 Seiten).
- **Ihren Impfausweis.**

⚠ Wichtiger Hinweis: Bitte bringen Sie keine Ordner mit alten Krankenakten oder langjährigen Vorbefunden mit. Wir konzentrieren uns auf Ihren aktuellen Gesundheitsstatus.

Ablauf vor Ort:

Bitte erscheinen Sie **10 Minuten vor Ihrem Termin** zur Datenaufnahme und bringen Sie Ihre Versicherungskarte mit.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam

ANAMNESEBOGEN FÜR NEUPATIENTEN

(Bitte digital oder in deutlichen DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

1. Stammdaten & Lebenssituation

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Wohnsituation: ☐ Mietwohnung ☐ Haus ☐ Alten-/Pflegeheim: _____

Leben Sie: ☐ allein ☐ mit Partner/Familie | Rechl. Betreuung? ☐ Nein ☐ Ja

Hilfsmittel (Rollator, Hörgerät, Brille): _____

2. Aktueller Behandlungsgrund

Was führt Sie heute zu uns?

3. Lebensstil & Suchtmittel

Rauchen: ☐ Nein ☐ Früher ☐ Ja (_____ Stk./Tag)

| Alkohol: ☐ Nie ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

4. Vorsorge-Status (Datum falls bekannt)

Darmspiegel: _____ Magenspiegel: _____

Nur Männer ab 60 J. (Prostata): _____

Impfstatus: ☐ Aktuell ☐ Lücken ☐ Unbekannt

5. Medizinische Vorgeschichte

☐ Bluthochdruck ☐ Diabetes ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Asthma/COPD ☐ Schilddrüse

Krebs / Sonstiges: _____

OPs / KH-Aufenthalte (letzte 2 Jahre):

6. Allergien & Sicherheit

Allergien (Medikamente, Pflaster, etc.):

Nehmen Sie Blutverdünner (Marcumar, Eliquis, ASS etc.)? ☐ Ja ☐ Nein



Datenschutz-Einwilligung:

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen und medizinischen Daten zum Zwecke der Behandlung und Dokumentation gemäß den gesetzlichen Vorgaben gespeichert und verarbeitet werden. Die ausführliche Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

E-Mail-Übermittlung erfolgt auf eigenes Risiko.

Datum, Ort

Unterschrift des Patienten / der Begleitperson