

Wir, das Team der Hausärztlich-Internistischen Praxis Haifamed, möchten Ihnen Ihre Behandlung bei uns so angenehm wie möglich gestalten. Damit wir Sie auf hohem Niveau betreuen und gezielt auf Ihre individuellen gesundheitlichen und persönlichen Bedürfnisse eingehen können, benötigen wir neben Ihren persönlichen Daten auch Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Ihre Angaben unterliegen nach § 203 StGB der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt

Name	_____	Krankenvers.	_____
Vorname	_____	Telefon	_____
Beruf	_____	Mobiltelefon	_____
Geb.-Datum	_____	E-Mail	_____
Gewicht	_____	Größe	_____

Ich komme wegen folgender akuter oder chronischer Beschwerden bzw. habe einen Beratungswunsch:

Möchte ich dem Arzt persönlich, direkt mitteilen.

Bei mir sind folgende Systemerkrankungen bekannt:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkreislauf | <input type="checkbox"/> Atemwege | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Trakt | <input type="checkbox"/> Leber/Galle |
| <input type="checkbox"/> Niere/ Harnwege | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Nerven/Psyche |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Tinnitus | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/ B/ C | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

Sonstige: _____

Möchte ich dem Arzt persönlich, direkt mitteilen.

Bei meiner Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) traten folgende Krankheiten auf:

- | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzkreislauf | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | | |

Sonstige: _____

Möchte ich dem Arzt persönlich, direkt mitteilen.

Bitte wenden!

Anamnesebogen Seite 2

- Besteht eine Schwangerschaft Nein Ja
- Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten/Tag
- Trinken Sie Alkohol? Nein Ja, _____ Getränke/Woche
- Treiben Sie Sport? Nein Ja, _____ Stunden/Woche
- Leiden Sie an Schlafstörungen? Nein Ja, an _____ Tagen/Woche
- Fühlen Sie sich Antriebslos? Nein Ja, an _____ Tagen/Woche
- Schnarchen Sie? Nein Ja

Falls Allergien bekannt sind, gegen welche Substanzen? (Bitte ausfüllen)

Wie ernähren Sie sich?

Klassisch Vegetarisch Vegan

Folgende Lebensmittelunverträglichkeiten liegen vor: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament (z.B. Ibuprofen)	Dosierung (z.B.400mg)	Verteilung über Tag (z.B. 1-0-1)
1.) _____	_____	_____
2.) _____	_____	_____
3.) _____	_____	_____
4.) _____	_____	_____
5.) _____	_____	_____
6.) _____	_____	_____

Möchte ich dem Arzt persönlich, direkt mitteilen.

Waren Sie bisher in hausärztlicher Betreuung? Nein Ja

Wenn ja, waren oder sind Sie im HZV (Hausarztzentrierte Versorgung) eingetragen? Nein Ja

Sind Sie an Informationen zu unseren Vorsorgeleistungen interessiert? Ja

Lassen Sie uns den ausgefüllten Bogen per E-Mail oder persönlich am Empfang zukommen.
Online können Sie den Anamnesebogen ausfüllen (www.haifa-med.de > im Bereich Downloadcenter) und bequem über ihr doctolib-Profil hochladen.

Buchen Sie Ihren persönlichen Termin bequem unter www.doctolib.de oder in der App.

