

**Gemeinschaftspraxis Aicha**

Dr. med. Martin Seidl

Hofmarkstraße 8

94529 Aicha vorm Wald

Tel. 08544 / 30 99 670

Fax 08544 / 30 99 67 99

ANAMNESEBOGEN**Persönliche Daten**

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____._____._____. Geburtsname: _____

Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____

Blutgruppe: _____ (falls bekannt)

Kontaktdaten

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Festnetz: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Beruf & Arbeitgeber

Beruf: _____

Arbeitgeber: _____

Medizinische Basisangaben

Sind Sie Raucher? Nein Ja, Zigaretten/Tag: _____

Bei Hausarzt-Wechsel: vorheriger Hausarzt:

Chronische Erkrankungen (Mehrfachauswahl möglich)

Asthma COPD Krebs Diabetes KHK

Medizinische Zusatzangaben

Teilnahme an einem DMP (Curaplan) bei einem anderen Arzt? Ja Nein

Wann fand der letzte Check-up statt? _____

Allergien & Operationen

Bestehen bei Ihnen Allergien?

Fanden bei Ihnen Operationen statt? Wenn ja, welche?

Medizinische Hilfsmittel

Zahnprothese: Ja Nein

Gelenkprothese: Ja Nein Falls ja, wo?: _____

Herzschriftermacher: Ja Nein

Brille / Kontaktlinsen: Ja Nein

Hörhilfe: Ja Nein

Pflege & Unterstützung

Pflegegrad vorhanden? Ja Nein Falls ja, welcher: _____

Pflegedienst vorhanden? Ja Nein

Falls ja, welcher: _____

Rechtliches & Vorsorge

Schwerbehindertenausweis / GdB vorhanden? Ja Nein

Wenn ja, wieviel Prozent / Merkzeichen: _____

Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorhanden? Ja Nein

Erinnerung & Kontaktaufnahme

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine erinnern? Ja Nein

Wenn ja, auf welchem Weg? Telefon E-Mail Brief

Unterschrift

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____