



Hausarzt Schulstraße 25
- hausärztliche Gemeinschaftspraxis -
K.Krumbiegel & M. A. Lieberei
Schulstraße 25
25335 Elmshorn
Tel.: 04121/21332
Email: kontakt@hausarztelmshorn.de
www.HausarztElmshorn.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen!

Eine genaue Krankheitserhebung hat einen äußerst hohen Stellenwert, gerade für Ihren Hausarzt. Die sorgfältige – wie es auch genannt wird – Anamneseerhebung ist oft Schlüssel zum Erfolg und dient der Gewinnung differenzierter Informationen, nicht zuletzt ist sie auch der Grundstein für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Daher bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse, den folgenden Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Dieser wird anschließend in Ihrer digitalen Karteikarte eingescannt. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht, die im Übrigen für jeden Mitarbeiter unserer Praxis gilt, und werden streng vertraulich behandelt.

Um die weitere Behandlung für unsere Ärzte und auch für Sie genauer gestalten zu können, fordern wir für Sie bei Ihrem bisherigen Hausarzt gerne Ihre Unterlagen an. Sollten Sie dies wünschen, sprechen Sie bitte eine der Praxismitarbeiterinnen an und erteilen Sie uns Ihr Einverständnis.

Uns ist sehr daran gelegen, die Praxisabläufe so reibungslos wie möglich zu gestalten und unnötige Wartezeiten zu verhindern. Wir möchten Sie bitten, uns dabei zu unterstützen:

Unsere Praxis ist eine Terminpraxis. Sollten Sie längerfristig einen Arztbesuch planen können, um zum Beispiel Befunde oder ähnliches durchzusprechen, bitten wir um eine möglichst frühzeitige Terminvereinbarung.

Kurzfristige Termine richten wir auch problemlos für Sie ein, doch auch hier freuen wir uns sehr über eine vorherige Anmeldung. Sollten Sie akut erkrankt sein und wollen am gleichen Tag die Praxis aufsuchen, können Sie am Telefon erfahren, wie die ungefähren Wartezeiten sind, oder ob noch Termine für diesen Tag frei sind.

Wir legen großen Wert auf eine umfassende hausärztliche Betreuung und führen neben den Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, in unserer Praxis auch ein kleines Spektrum sogenannter individueller Gesundheitsleistungen (IgeL) durch. Dies bedeutet Leistungen, die privat gezahlt werden müssen. Bei Männern ohne entsprechende Vorgeschichte kann dies z.B. eine laborchemische PSA-Bestimmung sein. Spezielle apparative Untersuchungen können eine Gesundheitsuntersuchung sinnvoll ergänzen. Es steht auch eine Reihe an Laborparametern zur Verfügung, hier sollte aber im Einzelnen mit dem Arzt besprochen werden, was sinnvoll ist.

Sprechen Sie gerne unsere Damen im Labor oder Ihren behandelnden Arzt darauf an!
Sollten Sie Wünsche, Fragen oder Anregungen haben, sind wir jederzeit für Sie da.

Ihr Praxisteam,

K.Krumbiegel & M.A. Lieberei



Hausarzt Schulstraße 25
- hausärztliche Gemeinschaftspraxis -
K.Krumbiegel & M.A. Lieberei
Schulstraße 25
25335 Elmshorn

Tel.: 04121/21332
Email: kontakt@hausarztelmshorn.de
www.HausarztElmshorn.de

Anamnese-Bogen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Schichtarbeit nein ja

E-Mail: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Sind Sie Vegetarier oder Veganer? nein ja

Bestehen Allergien? nein ja, welche ? _____

Medikamentenallergien? nein ja, welche ? _____

Rauchen Sie? nein früher ja, wieviele Zigaretten pro Tag? _____
wieviele Jahre schon? _____

Trinken Sie Alkohol? nein ja, wieviel _____

Haben Sie Drogen konsumiert? nein ja, was ? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein ? In welcher Dosierung und wie ?

(Verwenden Sie bitte ggf. die Rückseite)

Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Allgemeines:

Stuhlgang: Normal Durchfall Verstopfung Blut im Stuhl

Wasserlassen: Normal nachts öfter als 1-2 mal vermehrter Durst

Gewichtsveränderung: Keine Zunahme ___ kg in ___ Monaten
Abnahme ___ kg in ___ Monaten

Sind Sie in den letzten 10 Jahren geimpft worden? nein ja

Haben Sie an den Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? nein ja

Erfolgte eine Darmspiegelung? nein ja

wenn ja, welches Ergebnis? _____

für wann wurde die nächste empfohlen? _____

Leiden Sie unter Nachtschweiß? nein ja

Haben Sie Haustiere ? nein ja, welche ? _____

Hatten Sie schon einen Zeckenbiss? nein ja, wann ? _____

Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt? Wenn Sie können, bitte geben Sie genaue Diagnosen an.

Bluthochdruck nein ja _____

Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt nein ja _____

angeborene oder erworbene Herzerkrankung nein ja _____

Herzschwäche nein ja _____

unregelmäßiger Herzschlag oder Herzschrittmacher nein ja _____

Schlaganfall nein ja _____

Durchblutungsstörung der Beine nein ja _____

Zuckererkrankung nein ja _____

Fettstoffwechselstörungen (hohe Cholesterinwerte) nein ja _____

Lungenerkrankung
(Asthma, chronische Bronchitis, Tbc, Lungenentzündung) nein ja _____

Thrombose und Lungenembolie nein ja _____

Tumorerkrankung nein ja _____

Chronische Infektionserkrankungen nein ja _____

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen nein ja _____

Augenerkrankungen (z.B. grüner und grauer Star) nein ja _____

Krampfleiden, andere Nervenleiden (z.B. M. Parkinson, Polyneuropathie) nein ja _____

Erkrankung der Schilddrüse nein ja _____

Gicht nein ja _____

Osteoporose nein ja _____

Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) nein ja _____

Sonstige Erkrankungen _____

Wurden Sie schon einmal operiert? nein ja, was? _____

Hatten Sie stationäre Krankenhausbehandlungen? Wann, wo, warum?

Folgendes können Sie ausfüllen, wenn Sie als Patient oder Patientin zu uns wechseln wollen. Sollten wir lediglich eine Vertretung übernehmen, ist dies nicht unbedingt nötig und bleibt freigestellt.

Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie Sie behandelt werden möchten:

Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.

Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Uns interessiert es, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

Telefonbuch / Gelbe Seiten

Internet

Empfehlung von: _____

Sonstiges: _____

Information

Unsere Praxis plant zukünftig die Einführung eines Recall-Systems. Wünschen Sie in diesem Rahmen über Vorsorgetermine, anstehende Impfungen und Neuigkeiten zur Praxis (z.B. geänderte Öffnungszeiten, Urlaub, Gesundheitsangebote etc.) informiert zu werden?

via Email Ja Nein

per Post Ja Nein

Datenschutz

Um Sie optimal und effektiv behandeln zu können, arbeiten wir mit externen Laboren und/ oder weiter- bzw. mitbehandelnden Ärzten, Fachärzten, radiologische Institutionen oder Krankenhäusern eng zusammen. Um diese Zusammenarbeit ermöglichen zu können, ist es erforderlich, Ihre Patientendaten an diese Stellen weiterzuleiten. Hierzu bitten wir Sie, uns Ihre Erlaubnis zu erteilen. Diese können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen. Wenden Sie sich bei Fragen gern an unseren Empfang.

- Ich erkläre mich einverstanden

- Ich erkläre mich nicht einverstanden**

Welcher Hausarzt hat Sie bisher behandelt? _____

Dürfen wir Vorbefunde anfordern? ja nein

Datum, Unterschrift: _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam,

K.Krumbiegel & M.A. Lieberei