



Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg

Hausärztliche Versorgung
Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg

Gemeinschaftspraxis SZ-Lichtenberg GbR | Zollnweg 22a | 38228 Salzgitter

Dr. med. Simone Modro-Splitt
Fachärztin für Innere Medizin (hausärztliche
Versorgung), Akupunktur, Rettungsmedizin,
Palliativmedizin

Dr. med. Roland Michalski
Facharzt für Allgemeinmedizin, Notfallmedizin

Dr. med. Gudula Hagemann
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

Merle Tschepe
Fachärztin für Allgemeinmedizin (angestellt)

**Zollnweg 22a
38228 Salzgitter-Lichtenberg**

BSNR 072046600

Tel +49 (0) 5341 / 85 38 0

Fax +49 (0) 5341 / 85 38 20

info@arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de
www.arztpraxis-salzgitter-lichtenberg.de

Arztpraxis-Salzgitter-Lichtenberg.KVN@kv.dox.kim.telematik

Liebe Patient*in,
um Sie medizinisch bestmöglich betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Anamnesebogen
sorgfältig auszufüllen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen aus bei:

- ✓ Ihrer Gesundheitsuntersuchung („Check-up“)
- ✓ Ihrer Neuaufnahme als Patient*in in unserer Praxis

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Vielen
Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Praxisteam der
Gemeinschaftspraxis Salzgitter-Lichtenberg GbR

Name, Vorname

Geburtsdatum

PLZ / Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

Handynummer

E-Mail-Adresse

Zuletzt ausgeübter Beruf

In Rente seit

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Grad der Behinderung (GdB)

Familienstand

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder?

ja nein

Partner*in/Lebensgefährt*in/Ehepartner*in

Name, Alter und Wohnort der Kinder:

Seite 1 von 3

Ernährungsweise

Mischkost vegetarisch vegan Sonstiges

Treiben Sie Sport?

nein ja, ca. Stunden pro Woche Sportart

Risikofaktoren?

Alkohol Übergewicht Bewegungsmangel Drogen Stress Schichtarbeit

Rauchen Sie?

nein ja aufgehört seit: Wie viele Zigaretten am Tag? Seit wann?

Gewicht

kg

Größe

cm

Gewicht konstant? ja nein

Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine?

Sonstiges:

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen/Beeinträchtigungen?

- Bluthochdruck Thrombose Herzerkrankung Schlaganfall
- Lebererkrankung Nierenerkrankung Asthma/COPD Arthrose/Rheuma
- Gemütererkrankung Schilddrüsenerkr. Darmerkrankung Krampfanfälle
- Krebserkrankung Augenerkrankung Hepatitis Wirbelsäulenerkr.
- Diabetes Suchterkrankung Blutungsneigung Osteoporose
- Schwangerschaftsdiab. Schuppenflechte Infektionserkrankung Krampfadern

Sonstiges, z.B. OPs:

Schlafstörungen?

nein ja, in Nächten pro Woche.

Allergien?

nein ja:

Nächtliches Schwitzen?

nein ja, seit:

Luftnot b. Treppensteigen?

nein ja, nach Stockwerken. Luftnot in Ruhe

Appetit?

gut schlecht

Stuhlgang?

gut Durchfall Verstopfung unregelm. schmerzhaft

Wasserlassen?

gut Inkontinenz Tröpfeln nächtl. Harndrang schmerzhaft

Kommen in Ihrer leiblichen Familie Erkrankungen vor?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose/Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Gemüteskrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung? Wer? Welche? Welches Alter? | <input type="text"/> | | |

Sonstiges:

Gib es aktuelle Beschwerden oder Symptome, die Sie auf jeden Fall besprechen wollen?

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Name, Adresse):

Sonstige Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse):

Dürfen Befunde von anderen Ärzten angefordert werden? ja nein

Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Haben Sie einen Organspendeausweis? ja nein

Wann war Ihre letzte...

... Gesundheitsuntersuchung („Check-up“)?

... Darmspiegelung?

... Hautkrebsvorsorge?

... Krebsvorsorge?

Dürfen wir Sie an bspw. Impftermine, Vorsorgen, etc. erinnern? ja nein

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? (Name, Telefonnummer)

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort

Datum

Unterschrift Patient*in/ggf. gesetzliche*r Vertreter*in