

Anamnesebogen für Neupatient*innen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
willkommen im Medizinischen Versorgungszentrum VivaQ in Hamburg Mümmelmannsberg.
Wir bieten unseren Patient*innen immer eine individuelle und auf ihre Bedürfnisse
zugeschnittene Behandlung in familiärer Atmosphäre und mit viel Herz und Mitgefühl an.
Einen besonderen Wert legen wir auf Gesundheitsvorsorge.

**Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht
und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus. Danke. Die rot umrandeten Kästchen sind Pflichtfelder.
Der Fragebogen bildet die Grundlage für Ihre weitere Behandlung.

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

Mobil

Beruf (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Bei welcher **Krankenkasse** sind Sie versichert?

Wer ist ihr*e **Hausarzt*in**?

Wegen welcher **Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?**

Haben Sie chronische Erkrankungen? (z. B.: Brustkrebs, Gebärmutterkrebs, Lungenkrebs, Asthma, Bronchitis,
Diabetes Typ I oder II, Thrombose, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck)

☐ Nein ☐ Ja, bitte eintragen

Bisherige Operationen (z. B.: Mandel-OP, Schilddrüsen-OP, Gebärmutterentfernung, Blinddarm-OP, Gallenblasen-OP)

☐ Nein ☐ Ja, welche und wann

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? ☐ Keine ☐ Ich nehme folgende Medikamente. Bitte eintragen:

Name des Medikaments

Dosierung

Morgens

Mittags

Abends

Nachts

Allergien – bitte ankreuzen

☐ Keine ☐ Jodlösung ☐ Pflaster ☐ Antibiotika (z. B. Penicillin) ☐ Latex ☐ Laktose

☐ Nahrungsmittel, bitte eintragen

Heuschnupfen ☐ Nein ☐ Ja, bitte eintragen

Sonstige ☐ Nein ☐ Ja, bitte eintragen

Familiäre Vorerkrankungen (z. B.: Krebs, Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt)

☐ Nein ☐ Ja, bitte eintragen

Falls ja, bitte ankreuzen: Wer hat/hatte die Krankheit

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Großmutter ☐ Großvater ☐ Tante ☐ Onkel

Infektionskrankheiten

(z. B.: HIV / AIDS, Hepatitis A, B oder C, Tuberkulose) ☐ Nein ☐ Ja, bitte eintragen

Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Schutzimpfungen haben Sie erhalten?

☐ Covid-19 am

☐ Tetanus am

☐ Grippe am

☐ Pneumokokken am

☐ Gürtelrose am

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja, bitte eintragen: Wie viele Zigaretten am Tag?

Trinken Sie regelmäßigen Alkohol? ☐ Nein ☐ Gelegentlich ☐ Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Ihr VivaQ MVZ-Team

Bevollmächtigung zur Übermittlung von persönlichen Daten

Ich, _____, geboren am _____, erteile hiermit meine Einwilligung, dass folgende Person, _____, geboren am _____, berechtigt ist, Auskünfte, Rezepte, Überweisungen sowie Befunde und Unterlagen zu meiner Behandlung und Diagnostik, einschließlich aller für meine Weiterbehandlung erforderlichen ergänzenden Unterlagen, zu erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

