

# Ihre Gesundheit ist unsere Mission!

Hausärztliche Gemeinschaftspraxis  
INNA MÖNCH & VLADIMIR ARCYBASOV

Wispeckweg 4a – 92355 Velburg  
Telefon: 09182 / 931349-0  
Telefax: 09182 / 931349-49

E-Mail: [info@aerztehaus-velburg.de](mailto:info@aerztehaus-velburg.de)  
Website: [www.aerztehaus-velburg.de](http://www.aerztehaus-velburg.de)



INNA MÖNCH  
VLADIMIR ARCYBASOV  
HAUSÄRZTLICHE  
GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient. Herzlich willkommen in unserer Praxis!

Wir bitten Sie, uns einige Informationen für unsere Verwaltung zu geben. Sollten Sie Unterlagen, die Ihre Gesundheit betreffen (z. B. Impfpass, Befunde etc.), mitgebracht haben, geben Sie diese bitte am Empfang ab.

## Persönliches

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Arbeitgeber \_\_\_\_\_

### Wer soll im Notfall informiert werden?

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## Anamnese

Damit wir Sie bestmöglich behandeln können, bitten wir Sie um Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Praxisteam. Vielen Dank!

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

### Rauchen Sie?

- Ja, seit \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Stück am Tag  
 Aufgehört am \_\_\_\_\_  
 Nein

### Trinken Sie Alkohol?

- Keinen  Selten  
 > 2x/Woche  Täglich

### Besteht eine Drogenabhängigkeit?

- Ja  Nein

### Treiben Sie Sport?

- Ja  Gelegentlich  Nein

Haben / hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen bzw. Infektionen? ja nein

Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenembolie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Bronchitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehirnblutung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neigen Sie zu ja nein

Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darm-Beschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beschwerden beim Wasserlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Treten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf? ja nein

Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck, Herzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma bronchiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben / hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen bzw. Infektionen? ja nein

Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis, HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knochenbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Neigen Sie zu ja nein

Herzbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreislaufbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Husten, Atemnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rückenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Treten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf? ja nein

Hohes Cholesterin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlaganfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demenz/Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 1. Wann waren Ihre letzten Vorsorgeuntersuchungen?

- Gesundheitscheck am \_\_\_\_\_
- Hautkrebs-Screening am \_\_\_\_\_

*Frauen:*

- Gynäkologische Untersuchung am \_\_\_\_\_
- Mammographie am \_\_\_\_\_

*Männer:*

- Krebsvorsorge am \_\_\_\_\_
- Urologische Untersuchung am \_\_\_\_\_

**2. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja

Bitte unbedingt ausfüllen, auch wenn Sie denken, dass wir das doch bereits wissen:

Medikamentenname	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Hinweis: Falls Sie einen Medikamentenplan haben, bringen Sie diesen bitte zu Ihrem nächsten Termin mit.

Nein

**3. Haben Sie eine Medikamentenunverträglichkeit?**

Ja (welche?) \_\_\_\_\_

Nein

**4. Haben Sie Allergien?**

Ja (welche?) \_\_\_\_\_

Nein

**5. Wie ernähren Sie sich?**

- Mischkost
- Vegetarisch
- Vegan
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**6. Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeit?**

- Ja (welche?) \_\_\_\_\_
- Nein

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten sowie sensiblen Gesundheitsdaten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung und Abrechnung erhoben, verarbeitet, gespeichert und wenn nötig an dritte Auftragsverarbeiter, Ärzte und Krankenkassen durch die Praxis übermittelt werden (Art. 9 DSGVO). Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Zustimmung der Kontaktaufnahme**

Ich stimme zu, telefonisch, per SMS, Brief oder E-Mail kontaktiert zu werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient, wir möchten Sie auf unsere Homepage [www.aerztehaus-velburg.de](http://www.aerztehaus-velburg.de) aufmerksam machen. Dort finden Sie wichtige Informationen für Ihren Arztbesuch sowie viel Interessantes aus der spannenden Welt der Medizin und Psychologie!

Wir wünschen Ihnen gute Gesundheit und freuen uns auf Sie!

Ihr Praxisteam