



**Hausärztliche Gemeinschaftspraxis
Dudenhofen**

Uwe Mathias Glück
Dr. Hans-Joachim Kalk
Dr. Susanne Glück
Jennifer Siregar
Dr. Nadja Thai



2A FB-08

HGP Dudenhofen, Speyerer Str. 13, 67373 Dudenhofen Tel: 06232 65260 Mail: praxis@hgp-dudenhofen.de

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, bitten wir Sie um einige Informationen. Diese Angaben sind selbstverständlich freiwillig. Es entsteht Ihnen kein Nachteil, wenn Sie diesen Anamnesebogen nicht ausfüllen möchten.

ID Nummer: _____ Datum: _____

1. Name: _____ Vorname: _____

2. Geburtsdatum: _____ Fam.-Stand: _____

3. Beruf: _____

4. Tel. privat.: _____ Mobiltelefon: _____

e Mail-Adresse: _____

5. PLZ, Wohnort: _____ Straße: _____

Einwilligung zur Teilnahme an unserem Recall-System (Erinnerung an Ihre Termine)

Wenn Sie es wünschen, nehmen wir Sie gerne in unser Recall-System auf.

Wir informieren Sie regelmäßig und rechtzeitig an Ihren nächsten Vorsorgetermin, ihre nächste Untersuchung (z.B. DMP, EKG etc.) oder Ihren fälligen Impftermin.

Die Erinnerung kann telefonisch, per SMS oder per Email erfolgen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich die Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Dudenhofen an fällige Termine und Untersuchungen erinnert. (Telefonisch /SMS)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Einverständniserklärung für Befundanforderungen:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Vorbefunde bei meinem bisherigen

Hausarzt: _____,
(Name, Ort)

Fachärzten und Krankenhäusern angefordert werden dürfen.

Unterschrift Patient

Datum

Erstellt: Jo 28.05.2018

Geändert von: He 07.01.2022

Freigegeben von: SG 07.01.2022

Ich wünsche eine Kopie des Anamnesebogens u. der Datenschutzerklärung

Anamnesebogen Seite 2

6. Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

7. Allergien: _____

Medikamentenunverträglichkeit: _____

8. Raucher? nein ja Anzahl/Tag: _____ seit dem _____ Lebensjahr

9. Sportart: _____ Häufigkeit / Zeit pro Woche: _____

10. Dauer-Medikamente:

11. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

12. Ich hatte folgende Operationen:

13. In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) sind folgende Erkrankungen bekannt:

—

—

—

—

—

—

—

Erstellt: Jo 28.05.2018

Geändert von: He 07.01.2022

Freigegeben von: SG 07.01.2022

—

—

—