



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

Anamnesebogen für Neupatient:innen

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Persönliche Daten

- Name, Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ divers
- Adresse: _____
- Telefon: _____
- E-Mail: _____
- Beruf / Tätigkeit: _____
- Medizinische Betreuung
 - Bisheriger Hausarzt: _____
 - Sonstige behandelnde Ärzte: _____

2. Krankenversicherung

- Versicherung: ☐ Gesetzlich ☐ Privat (☐ Beihilfeberechtigt)
- Krankenkasse / Versicherung: _____
- Hausarztvertrag / HzV: ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

3. Aktueller Anlass des Arztbesuchs

- Beschwerden / Anliegen: _____



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta

Facharzt für Innere Medizin

4. Vorerkrankungen (bitte ankreuzen)

- ☐ Bluthochdruck
- ☐ Diabetes
- ☐ Herz-/Gefäßerkrankungen
- ☐ Asthma / COPD
- ☐ Schilddrüsenerkrankungen
- ☐ Magen-/Darmerkrankungen
- ☐ Leber-/Nierenerkrankungen
- ☐ Rheuma / Gelenkerkrankungen
- ☐ Psychische Erkrankung
- ☐ Krebserkrankung
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Sonstige: _____

5. Operationen / Krankenhausaufenthalte

- Art / Jahr: _____

6. Aktuelle Medikamente

(Name – Dosierung – Einnahmehäufigkeit)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- ☐ Medikamentenplan vorhanden

7. Allergien / Unverträglichkeiten

- ☐ Medikamente
- ☐ Nahrungsmittel
- ☐ Pollen / Hausstaub
- ☐ Insektengifte
- ☐ Sonstige: _____



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

8. Impfstatus

- ☐ Tetanus aktuell
- ☐ FSME
- ☐ COVID-19
- ☐ Unbekannt / Impfpass nicht vorhanden

9. Familienanamnese

Gab es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen?

- ☐ Herzinfarkt
- ☐ Schlaganfall
- ☐ Diabetes
- ☐ Krebserkrankungen
- ☐ Sonstige: _____

10. Lebensstil

- **Rauchen:** ☐ nie ☐ früher ☐ aktuell: _____ Zigaretten/Tag
- **Alkohol:** ☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
- **Bewegung:** ☐ wenig ☐ regelmäßig ☐ intensiv

11. (Optional) Weitere wichtige Hinweise

12. Datenschutz & Einwilligung

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung gemäß DSGVO ein.

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin folgendes mit:

- ☐ Krankenversichertenkarte, Impfausweis, Aktueller Medikationsplan
- ☐ Weitere evtl. medizinisch relevante Dokumente (Patientenakte,...)

Datum: _____ **Unterschrift:** _____



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

Notfallkontakt / Kontaktperson

Name der Kontaktperson
Beziehung zum Patienten (z.B. Partner, Kind)
Telefonnummer

Schweigepflichtentbindung gegenüber der oben genannten Kontaktperson

Ich erlaube den behandelnden Ärzten sowie den Mitarbeitern dieser Praxis, der oben genannten Kontaktperson Auskunft über meinen Gesundheitszustand, Befunde, Diagnosen und Behandlungen zu erteilen, sofern ich nicht ausdrücklich im Einzelfall widerspreche. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen

Kommunikation

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zu organisatorischen oder medizinischen Zwecken (z.B. Terminabsprachen, Befundmitteilungen oder Rückfragen) kontaktieren darf.

Telefon	Ja ☐ / Nein ☐
E-Mail	Ja ☐ / Nein ☐
PatMed-Applikation	Ja ☐ / Nein ☐

Recall-Service (optional)

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen oder Kontrolltermine erinnert.

Einverstanden

Ja ☐ / Nein ☐

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in:

bei Minderjährigen Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:



Landarztpraxis Irchenrieth

MUDr. Josef Valenta
Facharzt für Innere Medizin

Datenschutz-Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus. Die Angaben dienen der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung.

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Telefon:
E-Mail:
Krankenversicherung:
Hausarzt (falls bisher anderer):

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten in dieser Praxis zum Zweck der medizinischen Behandlung, Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Hierzu gehören insbesondere Anamnesedaten, Diagnosen, Befunde (z.B. Labor, EKG, Ultraschall), Medikationsdaten sowie Arztbriefe und Berichte. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die behandelnden Ärzte sowie die medizinischen Mitarbeiter dieser Praxis im erforderlichen Umfang von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für meine Behandlung notwendig ist. Dies gilt insbesondere gegenüber mitbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Laboren, diagnostischen Einrichtungen sowie meiner Krankenversicherung oder Krankenkasse zu Abrechnungszwecken.