



Erstanamnese

Sehr geehrte/r Patient

Sehr herzlich möchte Sie unser gesamtes Team in der Hauptstr.4 willkommen heißen. Mit dem Ausfüllen dieses Bogens über Ihre persönliche Vorgeschichte helfen Sie uns weitere Abläufe reibungslos zu gestalten.

Fachärzte für
Allgemein- und
Rettungsmedizin

Telefonnummer (bitte unbedingt angeben):
e-mail:

Hauptstraße 4
26122 Oldenburg

Familienstand: **Körpergröße:** cm **Gewicht:** kg
Beruf/ Tätigkeit:

Fon 0441 | 50 30 64
Fax 0441 | 50 89 02

Bekannte Vorerkrankungen: **Ja** **Nein** **Weiß nicht**

Herzinfarkt	0	0	0
Schlaganfall/Lähmung	0	0	0
Asthma, Allergie, Heuschnupfen	0	0	0
Bluthochdruck	0	0	0
Blutzuckererkrankung	0	0	0
Schilddrüsenerkrankung	0	0	0
Krampfadern Thrombose, o.ä.	0	0	0
Magen/Zwölffingerdarmgeschwür	0	0	0
Lebererkrankung	0	0	0
Prostataleiden	0	0	0
Gelenk- oder Wirbelsäulenleiden	0	0	0

kontakt@praxis-ol.de
www.praxis-ol.de

LzO Oldenburg
BLZ | 280 50 100
KTO | 164 45 09

Frühere Operationen ? 0 0
Wenn ja woran (wann)? _____

Medikamenteneinnahme ? 0 0
Welche ? _____

Nikotinkonsum 0 0
Letzte Impfungen nach Impfbuch:
Tetanus: _____
Polio: _____
Diphtherie: _____
Sonstige: _____

Anerkennung als Schwerbehinderter? 0 0 Wegen? _____

Familienanamnese: Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie vorgekommen?

	Ja	Nein	weiß nicht
Bluthochdruck	0	0	0
Herzinfarkt	0	0	0
Schlaganfall	0	0	0
Schilddrüsenerkrankung	0	0	0
Zuckerkrankheit (Diabetes)	0	0	0
Krebs	0	0	0

Sind Sie mit dem Anfordern Ihrer Unterlagen vom bisherigen Hausarzt einverstanden ?

0 ja 0 nein Welcher Hausarzt?: _____

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.
Die Betroffenenrechte der Datenschutzgrundverordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

UNTERSCHRIFT: _____



Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich:

Vorname, Nachname

Meinen Hausarzt:

Gemeinschaftspraxis Schwarz / Dr. Stratmann / Dr. Welzel
Hauptstraße 4
26122 Oldenburg
Betriebsstätten Nummer 128077500

Von der Schweigepflicht gegenüber aller für meine Mit-/Weiterbehandlung dringend erforderlichen ärztlichen Vorbefunde. Im Fall der Laboruntersuchungen erkläre ich mich mit der Übermittlung der dafür zwingend erforderlichen Daten an das beauftragte Labor MVZ Dr. Müller und Kollegen einverstanden.

- Ich bin damit einverstanden, dass ein schriftlicher Befundbericht an /von den o.g. Haus-/ Facharzt versandt/angefordert wird.
- Ich bin damit nicht einverstanden, dass ein schriftlicher Befundbericht an /von den o.g. Haus-/ Facharzt versandt/angefordert wird.

Dieses Einverständnis kann ich jederzeit, ohne Angabe von Gründen, mit sofortiger Wirkung widerrufen.

Datum _____, Oldenburg

Unterschrift: _____

Fachärzte für
Allgemein- und
Rettungsmedizin

Hauptstraße 4
26122 Oldenburg

Fon 0441 | 50 30 64
Fax 0441 | 50 89 02

kontakt@praxis-ol.de
www.praxis-ol.de

LzO Oldenburg
BLZ | 280 50 100
KTO | 164 45 09