

Dr. med. Lutz Diedtemann
FA für Allgemeinmedizin

FÄ Ute Lange
FÄ f. Innere Medizin/ ZB Notfallmedizin

Höhnestr. 2/ 02906 Niesky
Tel.: 03588 /201558 * Fax: 03588 / 201548
E-mail: facharztzentrum-ny-allgemein@diako-dresden.de

Sprechzeiten :
Montag
8.00-12.00/15.00-17.00

Dienstag
FÄ U. Lange
08.00-12 .00 / 14.00-16.00
Dr. med. Diedtemann
14.00-18.00

Mi/Do/Fr
8.00-12.00



Diakonissen
Anstalt
Dresden

**Facharztzentren
Niesky**
Allgemeinmedizin

Lieber Patient, liebe Patientin,
bisher waren Sie in einer anderen Praxis in Behandlung. Um ggf. eine Neuaufnahme bei uns zu gewährleisten und Sie in unsere hausärztliche Versorgung aufzunehmen, bitten wir um Verständnis, dass es unmöglich ist, Berge von Papier zu sichten, ehe wir wichtige Informationen zu Ihrer Krankengeschichte finden.

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst genau, chronologisch geordnet und stichpunktartig. Den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie bitte in unseren Briefkasten.

Von zusätzlichen Nachfragen möchten wir bitten Abstand zunehmen, wir melden uns bei Ihnen, wenn eine Entscheidung getroffen wurde.

Anamnesebogen - Anfrage Aufnahme als Neupatient

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ **Mobil:** _____

e-Mail: _____

Gewicht: _____ **kg** **Größe:** _____ **cm**

Bisheriger Hausarzt: _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse):

Letzter Check Up _____

Letzter Hautcheck _____

Letzte Vorsorge bei _____

Gynäkologie / Urologie _____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (HZV)?

Ja, bei einem anderen Hausarzt (Name/Adresse) _____

Nein _____

Soziale Anamnese:

nicht berufstätig Rentner Elternzeit Selbständig

Schüler/Ausbildung Beschäftigt in Vollzeit Beschäftigt in Teilzeit

Beschäftigung im Schichtdienst

Wohnsituation:

Alleine mit Familie betreutes Wohnen Pflegeheim

Sonstiges:

- Pflegegrad, wenn ja? – welchen _____
- Schwerbehinderung, wenn ja? Angabe in GdB in % _____
- Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Kinderkrankheiten:

- Masern Windpocken Röteln ich weiß es nicht
- Sonstiges: _____
- _____

Ernährungsgewohnheiten:

- Mischkost Vegetarisch Vegan
- Sonstiges: _____
- _____

Allergien

- Wespen- Bienengift Allergischer Schock in der Vergangenheit
- Lebensmittel, wenn ja - welche?

- Medikamente, wenn ja – welche?

- andere _____
- _____

Rauschmittel-/ Zigarettenkonsum

- Drogen Beginn: _____ Welche: _____
- Alkohol gelegentlich regelmäßig
- Zigaretten Beginn: _____

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung:

- Asthma COPD Lungenkrebs Sarkoidose
- andere: _____
- _____

Hauterkrankungen:

- Neurodermitis Schuppenflechte Ekzem
- andere: _____
- _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- Bluthochdruck Schlaganfall Herzinfarkt angeborener Herzfehler
- Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)
- andere _____
- _____

Neurologische Erkrankungen:

- Epilepsie MS Parkinson Demenz Depression Schizophrenie
- andere _____
- _____

Stoffwechselerkrankungen:

- Diabetes I / II Fettstoffwechselstörung Schilddrüsenerkrankung Gicht
- andere _____
- _____

Geschlechtskrankheiten:

HIV Syphilis andere _____

Sonstiges:

Grüner Star Rheuma chronische Hepatitis Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit
 Krebserkrankungen _____

Leber-/ Nierenerkrankungen _____
 andere _____

Länger bestehende / wiederkehrende Beschwerden

Herzstolpern häufige Infekte Menstruationsbeschwerden Blut im Urin
 Rückenschmerzen Probleme beim Wasser lassen /- halten Blut im Stuhl
 Verstopfung/Durchfälle seelische / nervöse Beschwerden Migräne
 andere _____

Operationen

Ja Nein

Welche?

Herz (bitte erläutern)

Gefäße (bitte erläutern)

Bewegungsapparat

künstliche Gelenke _____

andere _____

Wirbelsäule (bitte erläutern)

Bauch (bitte erläutern)

Sonstiges

Unfälle / Krankenhausaufenthalte

Wann?

Was?

Wo?

Sonstige Angaben:

- Arm-/ Beinprothese Stoma Herzschrittmacher Port
 Zahnprothese Hörhilfe Brille / Kontaktlinsen Tattoowierung
 Implantat, wenn ja – welche? Wo?
-

Dauermedikamente:

- nein
 ja

Medikament	Einnahme

Familienanamnese:

- chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes mell., Bluthochdruck, Herzinfarkt, Krebs, Neurodermitis, Schlaganfall, Rheuma, etc.) in der Familie / Verwandtschaft, wenn ja

Wann? _____ Wer? _____ Was? _____

Impfstatus:

- vorhanden
 vollständige Impfungen erhalten, wenn ja welche und wann?

Tetanus/Diphtherie :
Pertussis :
Poliomyelitis (IPV) :
Tuberculose (BCG) :
Mumps/Masern/Röteln :
Varizellen : erkrankt? ja nein
Hepatitis A/B :
Herpes Zoster :
HPV :
Pneumokokken :
Covid :
Influenza :

Im Falle einer Neuaufnahme, willige ich in die ärztliche Foto- und Videodokumentation ein.
Diese werden in meiner Krankenakte abgespeichert.

Ort, Datum, Unterschrift