

Gemeinschaftspraxis
Prof. Dr. med. Armin Heufelder & Kollegen

Innere Medizin

Endokrinologie | Diabetologie | Rheumatologie | Kardiologie | Nephrologie

Ernährungsmedizin | Prävention | Allgemeinmedizin

Am Kosttor 1, 80331 München

Tel.: 089-232392990 Fax.: 089-23239299-20

info@prof-heufelder.de

www.prof-heufelder.de

ANMELDUNG

| | | |
|------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|

| | | |
|--------------|-------------|--|
| Namenszusatz | Akad. Titel | |
|--------------|-------------|--|

| | | |
|---|----------------|---------------------|
| <i>Name des Hauptversicherten (falls abweichend!)</i> | <i>Vorname</i> | <i>Geburtsdatum</i> |
|---|----------------|---------------------|

| | | |
|-----|-----|---------------------|
| PLZ | Ort | Straße / Hausnummer |
|-----|-----|---------------------|

| | | |
|--|------------------|----------------------------|
| <i>Adresse des Hauptversicherten (falls abweichend!)</i> | <i>PLZ / Ort</i> | <i>Straße / Hausnummer</i> |
|--|------------------|----------------------------|

| | | |
|-------------|------------|----------------------|
| Tel. privat | Tel. mobil | Tel. tagsüber/Arbeit |
|-------------|------------|----------------------|

Email-Adresse

| | | |
|-------|-------------|--|
| Beruf | Arbeitgeber | |
|-------|-------------|--|

Privatversichert: _____ Selbstzahler
falls Privat: Basistarif / Beihilfeberechtigt

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über meine Behandlung (z.B. Arztbrief, Laborwerte) an meinen Hausarzt und/oder andere behandelnde Ärzte weitergegeben werden.

Ja Nein

Wie oder durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Im Sinne eines reibungslosen Praxisablaufs bitten wir um Unterschrift für die Richtigkeit Ihrer Angaben.
Vielen herzlichen Dank.

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
|-------|--------------|

**Gemeinschaftspraxis
Prof. Dr. med. Armin Heufelder & Kollegen**

Innere Medizin

Endokrinologie | Diabetologie | Rheumatologie | Kardiologie | Nephrologie

Ernährungsmedizin | Prävention | Allgemeinmedizin

Am Kosttor 1, 80331 München

Tel.: 089-232392990 Fax.: 089-23239299-20

info@prof-heufelder.de

www.prof-heufelder.de

RÜCKMELDUNG der BEFUNDE

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte lassen Sie uns wissen, in welcher Form Sie im Anschluss an Ihren heutigen Besuch in der Sprechstunde eine **Rückmeldung** wünschen:

Mögliche anfallende Rezepte erhalten Sie grundsätzlich auf dem Postweg.

- Post**
- Ich bitte um zusätzliche Zusendung der Laborwerte*
- E-Mail*:** _____
- Ich bitte um zusätzliche Zusendung der Laborwerte*

Dürfen wir Ihnen grundsätzlich Ihre Befunde und Rückmeldungen per E-Mail* schicken?

- Ja** **Nein**

* Die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. A. Heufelder und Kollegen versendet E-Mails ausschließlich unverschlüsselt. Die Unterzeichnerin/ der Unterzeichner wird darauf hingewiesen, dass die unverschlüsselte elektronische Übersendung von Daten über das Internet mit vielfältigen Gefahren und Risiken verbunden ist. Beispielsweise können Daten von Dritten ausgespäht, gespeichert, manipuliert oder gelöscht werden. Es besteht keine Sicherheit über die Identität des Absenders und Authentizität des Inhaltes von unverschlüsselten elektronischen Daten. Eine Vertraulichkeit der Übertragung kann nicht gewährleistet werden.

In Kenntnis dieser Risiken besteht die Unterzeichnerin/ der Unterzeichner dennoch auf der elektronischen Übersendung von Daten per E-Mail und übernimmt das Risiko der fehlerhaften Übertragung, ab dem Zeitpunkt, in der die elektronische Nachricht die technische Infrastruktur unserer Praxis verlässt. Die Unterzeichnerin/ der Unterzeichner erklärt Folgendes:

Ich ermächtige die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. med. A. Heufelder und Kollegen zur unverschlüsselten elektronischen Übersendung von Daten, auch für den Fall, dass hier vertrauliche und/ oder personenbezogene Daten miterfasst sind.

Name

Unterschrift

Vielen Dank und freundliche Grüße

Ihr Praxisteam

aktualisiert 12/2014

**Gemeinschaftspraxis
Prof. Dr. med. Armin Heufelder & Kollegen**

Innere Medizin

Endokrinologie | Diabetologie | Rheumatologie | Kardiologie | Nephrologie

Ernährungsmedizin | Prävention | Allgemeinmedizin

Am Kosttor 1, 80331 München

Tel.: 089-232392990 Fax.: 089-23239299-20

info@prof-heufelder.de

www.prof-heufelder.de

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Vorfeld zur Untersuchung möchten wir Ihnen einige allgemeine Fragen stellen. Das Ausfüllen dieses Fragebogens wird es uns ermöglichen, uns im persönlichen Gespräch auf Ihre augenblicklichen Beschwerden und die Untersuchung zu konzentrieren.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! 😊

Name, Vorname, Geburtsdatum

**Welche der folgenden Krankheiten kommen bei Ihnen oder Ihrer Familie (Fam.) vor?
(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

| | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> | <i>Fam.</i> | | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> | <i>Fam.</i> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hoher Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Magen-/Darmerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Übergewicht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis A, B oder C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anderes: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Bitte schildern, Sie hier in kurzen Stichworten Ihre persönliche Krankenvorgeschichte, z.B. Unfälle, Operationen:

**Welche Medikamente/ Nahrungsergänzungsmittel (auch Pille) nehmen Sie ein?
(Bitte Name, Dosierung z.B. mg und Zeitpunkt der Einnahme z.B. morgens 1-0-0):**

Wie schätzen Sie Ihren Lebensstil ein? (zutreffendes bitte ankreuzen)

- *Ich ernähre mich sehr:* ausgewogen / bewusst normal eher einseitig
→ *Sport treibe ich:* mehr als 3x/Woche 1-3x/Woche gar nicht
→ *Mein Stressfaktor ist:* Hoch Mittel Niedrig

Rauchen Sie gewohnheitsmäßig? Ja Nein pro Tag _____

Trinken Sie regelmäßig alkoholische Getränke? Ja Nein pro Tag _____

Wegen welcher aktuellen Beschwerden sind Sie zu uns gekommen?

Bitte geben Sie uns zu den folgenden Angaben eine kurze Auskunft ob Beschwerden vorliegen oder nicht: (z.B. viel, wenig, normal, gut schlecht, selten, häufig usw.):

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Appetit: _____ | Husten: _____ |
| Schlaf: _____ | Auswurf: _____ |
| Stuhlgang: _____ | Schweiß: _____ |
| Atemnot: _____ | Schwindel: _____ |
| Sodbrennen: _____ | nächtlicher Harndrang: _____ |
| Gewicht: (kg): _____ | Größe: _____ |
| Blähungen: _____ | Durst: _____ |
| Zyklustag (Frauen): _____ | Probleme beim Wasserlassen: _____ |

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

→ Wenn ja, welche? _____

Was ist Ihnen noch wichtig zu erwähnen?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datum

Unterschrift