

Anamnesebogen für Neupatient*innen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
willkommen im Medizinischen Versorgungszentrum
VivaQ in Hamburg Mümmelmannsberg. Wir bieten unseren Patient*innen
immer eine individuelle und auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene
Behandlung in familiärer Atmosphäre und mit viel Herz und Mitgefühl an.
Einen besonderen Wert legen wir auf Gesundheitsvorsorge.



Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte füllen Sie den Bogen sorgfältig aus. Danke. Die rot umrandeten Kästchen sind Pflichtfelder.

Der Fragebogen bildet die Grundlage für Ihre weitere Behandlung.

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Telefon

Mobil

Beruf (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Bei welcher **Krankenkasse** sind Sie versichert?

Wer ist ihr*e **Hausärzt*in**?

Wegen welcher **Krankheit werden oder wurden Sie behandelt?**

Haben Sie chronische Erkrankungen? (z. B.: Brustkrebs, Gebärmutterkrebs, Lungenkrebs, Asthma, Bronchitis, Diabetes Typ I oder II, Thrombose, Herzerkrankungen, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck)

Nein Ja, bitte eintragen

Bisherige Operationen (z. B.: Mandel-OP, Schilddrüsen-OP, Gebärmutterentfernung, Blinddarm-OP, Gallenblasen-OP)

Nein Ja, welche und wann

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Keine

Ich nehme folgende Medikamente. Bitte eintragen:

Name des Medikaments

Dosierung

Morgens

Mittags

Abends

Nachts

Allergien – bitte ankreuzen

Keine Jodlösung Pflaster Antibiotika (z. B. Penicillin) Latex Laktose
Nahrungsmittel, bitte eintragen

Heuschnupfen Nein Ja, bitte eintragen

Sonstige Nein Ja, bitte eintragen

Familiäre Vorerkrankungen (z. B.: Krebs, Diabetes, Schlaganfall, Herzinfarkt)

Nein Ja, bitte eintragen

Falls ja, bitte ankreuzen: Wer hat/hatte die Krankheit

Mutter Vater Großmutter Großvater Tante Onkel

Infektionskrankheiten

(z. B.: HIV / AIDS, Hepatitis A, B oder C, Tuberkulose) Nein Ja, bitte eintragen

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Welche Schutzimpfungen haben Sie erhalten?

Covid-19 am

Tetanus am

Grippe am

Pneumokokken am

Gürtelrose am

Rauchen Sie? Nein Ja, bitte eintragen: Wie viele Zigaretten am Tag?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Gelegentlich Ja

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit! Ihr VivaQ MVZ-Team



VivaQ MVZ

Medizinisches Versorgungszentrum
Mümmelmannsberg GmbH
Oskar-Schlemmer-Str. 9–17
22115 Hamburg

Tel 040 71591 260
Fax 040 71536 11
www.vivaq-mvz-muemmelmannsberg.de