



Liebe Patientin, lieber Patient,  
um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten			
Vorname	.....	Nachname	.....
Geburtsdatum	.....		
Straße, PLZ, Ort	.....		
Telefon	.....	Fax	.....
Mobil	.....	Email	.....

Sind folgende Krankheiten bei **Ihnen** oder in **Ihrer Familie** bekannt, wenn ja seit wann?

### Bei Ihnen?

### In Ihrer Familie?

Ja	Nein		Ja	Nein
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus Typ1 oder Typ2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen (z.B. grauer oder grüner Star?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operationen / Unfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beachten Sie bitte auch die Rückseite





# HALEO

Hausärztlich-internistische  
Gemeinschaftspraxis

Ja    Nein

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: .....Zigaretten

Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel: ..... Gläser /Woche

Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)  
Wenn ja, wogegen: .....

Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten / Stimmungsaufheller?

Wie groß sind Sie: ..... cm

Wieviel wiegen Sie: ..... kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?

Medikament	morgens	mittags	abends

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Ja    Nein

Gesundheitsuntersuchung

Krebsfrüherkennungsuntersuchung

Darmspiegelung





# HALEO

Hausärztlich-internistische  
Gemeinschaftspraxis

## Sozialanamnese

Familienstand ..... Kinder .....

Beruf .....

Hobbys .....

Freizeitaktivitäten

Sport (welcher) .....

andere .....

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch: .....

Arzt  Bekannte(r)  Telefonbuch  Zeitungsanzeige  Internet  Praxisschild  Sonstiges

**Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab.**

**Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.**

.....  
Datum, Unterschrift

Beachten Sie bitte auch die Rückseite

Anamnesebogen HALEO Seite 3/4

**Dr. med. Armin Plaschke**  
Innere Medizin  
Diabetologie (DDG/EASD)  
Hypertensiologie (DHL)  
Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM)

**Dr. med. Matthias Hempel**  
Innere Medizin  
Allgemeinmedizin  
Hypertensiologie (DHL)  
Sportmedizin  
Palliativmedizin  
Psychosomatische +  
Geriatrische Grundversorgung  
Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM)

**Sieglinde Thießen**  
Innere Medizin  
Allgemeinmedizin  
Allergologie  
Psychosomatische +  
Geriatrische  
Grundversorgung

**Claude Hammer**  
Innere Medizin

[www.haleo.de](http://www.haleo.de)





# HALEO

Hausärztlich-internistische  
Gemeinschaftspraxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

manchmal kann es für Ihre optimale Behandlung unerlässlich sein, dass wir Vorbefunde / Informationen von anderen Ärzten / Psychotherapeuten bekommen und / oder auch Informationen / Befunde an diese übermitteln dürfen. Dafür möchten wir Sie um Ihr Einverständnis bitten.

## Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Krankenkasse

### Bitte ankreuzen

- Ich bin damit einverstanden, dass HALEO Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an HALEO weiterzuleiten. HALEO darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.  
Behandlungsdaten und Befunde dürfen telefonisch, per Fax oder Email versendet werden.  
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass andere, mich behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei HALEO einholt. HALEO ist dann verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.  
Behandlungsdaten und Befunde dürfen telefonisch, per Fax oder Email versendet werden.  
Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Patient

.....  
Unterschrift Arzt

Anamnesebogen HALEO Seite 4/4

Dr. med. Armin Plaschke  
Innere Medizin  
Diabetologie (DDG/EASD)  
Hypertensiologie (DHL)  
Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM)

Dr. med. Matthias Hempel  
Innere Medizin  
Allgemeinmedizin  
Hypertensiologie (DHL)  
Sportmedizin  
Palliativmedizin  
Psychosomatische +  
Geriatrische Grundversorgung  
Ernährungsmedizin (DAEM/DGEM)

Sieglinde Thießen  
Innere Medizin  
Allgemeinmedizin  
Allergologie  
Psychosomatische +  
Geriatrische  
Grundversorgung

Claude Hammer  
Innere Medizin

[www.haleo.de](http://www.haleo.de)

