

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis.

Um Ihnen bei Ihren zukünftigen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen Sie ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, ihren Eltern oder ähnlichem. Sollte eine Frage Ihnen unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

1. Name, Vorname: _____

2. Geburtstag: _____

3. Beruf: _____

4. Familienstand: _____

5. Tagsüber telefonisch erreichbar, abends erreichbar: _____

E-Mail: _____

6. Meine Größe beträgt _____ cm, mein momentanes Gewicht beträgt _____ kg.

7. Ich bewege mich regelmäßig aktiv:

Beruflich: ja nein

In meiner Freizeit: ja nein Sportart: _____

Wie oft in der Woche: _____ Anzahl / Tag _____ Min.

8. Ich rauche: ja nein wie viel Zigaretten pro Tag: _____ wie viele Jahre: _____

Alkohol ja nein wie viel: _____

Drogen ja nein

9. In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante, Großeltern) sind folgende Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit / Herzinfarkt ja Bei wem? _____

Blutzuckerkrankheit ja Bei wem? _____

Schlaganfall ja Bei wem? _____

Krebs* ja Bei wem? _____

* Wenn ja, welche Art? _____

10. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

Keine

Cholesterin zu hoch ja Bluthochdruck ja

Fortsetzung (Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt)

Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> ja	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> ja	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> ja
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	Rheuma	<input type="checkbox"/> ja
Asthma / chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja
Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> ja	Krebs	<input type="checkbox"/> ja
Sonstiges: _____		Allergien	<input type="checkbox"/> ja welche? _____

11. Kinder

Ich habe Kinder Keine Ja, Anzahl und Geburtsdatum der Kinder:

Art der Geburten: (z. B. Kaiserschnitt): _____

Ich hatte Fehlgeburten: Keine Ja. Wann? _____

Ich habe die Kinder gestillt, _____ Monate nicht gestillt.

12. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

Lungenarzt	<input type="checkbox"/> ja	Kardiologe	<input type="checkbox"/> ja	Orthopäde	<input type="checkbox"/> ja
Urologe	<input type="checkbox"/> ja	Neurologe	<input type="checkbox"/> ja	Sonstiges:	_____

13. Ich hatte folgende Operationen:

Keine

Herz-OP	<input type="checkbox"/> ja	Brust-OP	<input type="checkbox"/> ja	Gefäße-OP	<input type="checkbox"/> ja
Gebärmutter-OP	<input type="checkbox"/> ja	Krebs-OP	<input type="checkbox"/> ja	Mandeln-OP	<input type="checkbox"/> ja
Schilddrüsen-OP	<input type="checkbox"/> ja	Blinddarm-OP	<input type="checkbox"/> ja	Bruch-OP	<input type="checkbox"/> ja
Gallenblasen-OP	<input type="checkbox"/> ja	Gab es Komplikationen oder Narkoseprobleme?	<input type="checkbox"/> ja		

Sonstiges: _____

14. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja* nein

* Wenn ja, welche und wie oft? _____

15. Aktuelle Beschwerden:

Keine ja

Durst	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal
Appetit	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> normal
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> normal

Wasserlassen mit Brennen Startschwierigkeiten normal nachts öfter

Fortsetzung (Aktuelle Beschwerden):

- Nachtschwitzen vermehrt normal
- Gewicht Zunahme ____ kg Abnahme ____ kg konstant
- Mir ist sehr oft kalt / Warm ja nein
- Ich schwitze übermäßig ja nein
- Ich habe oft Kopfschmerzen ja nein
- Ich habe Luftnot / Luftmangel im Liegen beim Treppensteigen bei Aufregung
- Ich habe Schmerzen bei der Regel ja nein
- Ich habe starke Regelblutungen ja nein
- Ich habe unregelmäßige Regelblutungen ja nein
- Ich habe Schlafstörungen ja nein
- Ich habe Konzentrationsstörungen ja nein
- Ich habe Angstgefühle ja nein
- Ich fühle mich überfordert ja nein
- Sonstige Beschwerden ja nein welche? _____

16. Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes: ja nein

17. Ich möchte ggf. an meine Termine erinnert werden: ja nein

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie SIE behandelt werden möchten:

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.
- Bitte informieren Sie mich über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Vielen Dank, dass Sie Sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam

Name und Geburtsdatum des Patienten:	
--	--

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten/Formulare und Rezepte weitergegeben werden:

Apotheke: _____

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Die ausgehängte und/oder auf unserer Website hinterlegte Patientenaufklärung zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Name