

ANAMNESEBOGEN



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand, um eine adäquate und risikofreie Behandlung zu gewährleisten. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zusätzlich nehmen wir die Bestimmungen der Europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) sehr ernst. Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie als Aushang in der Praxis. Fragen Sie bei Unklarheiten gerne im persönlichen Gespräch nach.

PATIENTENDATEN

Freiwillige Angaben sind mit * gekennzeichnet

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon*: _____

Mobil*: _____

E-Mail*: _____

Beruf*: _____

Kinder*: ja nein

VERSICHERTENDATEN

(Sofern diese von den Patientendaten abweichen.)

Versichertenname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Krankenversicherung gesetzlich

privat Basistarif

beihilfeberechtigt ja nein

Name der Versicherung: _____

WENN SIE MIT JA ANTWORTEN,

BITTE GGF. ERGÄNZENDE ANGABEN EINTRAGEN

JA NEIN

1. Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? JA NEIN

2. Nehmen Sie weitere Medikamente regelmäßig ein? JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

3. Sind bei Ihnen Allergien bekannt? JA NEIN

(z. B. Umweltallergene / Lebensmittel / Medikamente)

Wenn ja, welche? _____

4. Konsumieren Sie regelmäßig Nikotin? JA NEIN

(z. B. Zigaretten, E-Zigaretten, Zigarren etc.)

5. Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? JA NEIN

6. Konsumieren Sie regelmäßig andere Drogen? JA NEIN

7. Große / wichtige Operationen, welche und wann? JA NEIN

8. Körpergröße: _____ cm

9. Gewicht: _____ kg

10. Bluthochdruck JA NEIN

11. Herzerkrankungen JA NEIN

Herzinfarkt

KHK (Herzkranzgefäßerkrankung)

Herzrhythmusstörungen

andere _____

12. Thrombosen / Blutgerinnungsstörungen JA NEIN

13. Schlaganfall JA NEIN

14. Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) JA NEIN

15. Schlaf-Apnoe-Syndrom JA NEIN

16. Chronische Atemwegserkrankungen JA NEIN

Asthma bronchiale / COPD

andere _____

BITTE WENDEN

ANAMNESEBOGEN



WENN SIE MIT JA ANTWORTEN,
BITTE GGF. ERGÄNZENDE ANGABEN EINTRAGEN

JA NEIN

JA NEIN

17. Schilddrüsenerkrankungen
18. Nierenerkrankungen
19. Lebererkrankungen
20. Darmerkrankungen
21. Rheuma oder Gicht
22. Osteoporose
23. Chronische (Rücken-) Schmerzen
24. Migräne/Clusterkopfschmerzen
25. Psychische Erkrankungen
- Depressionen
- andere _____
26. Neurologische Erkrankungen
- Epilepsie
- Multiple Sklerose
- andere _____
27. Tumorleiden (Krebs). Wenn ja, welche?
- _____

28. Hautkrankheiten
29. Inkontinenz
30. Infektionskrankheiten
- HIV
- Hepatitis
- Tbc (Tuberkulose)
- andere _____
31. Andere Erkrankungen, welche?
- _____
- _____
- _____
32. Haben Sie eine Patientenverfügung?
33. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?
(freiwillig)
- _____
- _____
- _____

EINWILLIGUNGEN

- Ich bin mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden.
- Ich stimme bei Bedarf der Weitergabe meiner Daten an Vor-, Mit- und Nachbehandler (z.B. Fachärzte, Krankenhaus, Physiotherapeuten usw.) ausdrücklich zu. Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.
- Ich bin mit der Übermittlung meiner Rezepte an die folgende Apotheke einverstanden: _____
- Ich habe alle Fragen gelesen und verstanden. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen und verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes oder meiner Daten umgehend mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben.
- Ich bin mit einer Kontaktaufnahme über SMS / E-Mail einverstanden

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Hausarztpraxis meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Datum

Unterschrift