

Anamnesebogen

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

bitte geben Sie uns Ihre Personalien an und beantworten Sie die nachstehenden Gesundheitsfragen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Privatversicherung: _____ Zusatztarif: _____

Beihilfe: _____ Student: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ weibl.: _____ männl.: _____ div.: _____

Hausarzt: _____

Ihr Anliegen: _____

Eigenanamnese: sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt? Wenn ja, seit wann?

Ja Nein

- | | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herzerkrankungen, Herzinfarkt |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Gefäßerkrankungen, Krampfadern |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Schlaganfall |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes mellitus / Stoffwechselstörungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fettstoffwechselstörungen, Bluterkrankungen |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc, o. a.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Blutungsstörungen, Blutererkrankungen, Blutgerinnungsstörung |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thrombose, Lungenembolie |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Augenerkrankungen (grüner oder grauer Star, o. a.) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen, o. a.) |

-
- Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankungen
- Hauterkrankungen
- neurologische Erkrankungen
- Gicht
- Darmerkrankungen (Morbus Chron, Divertikulitis, o. a.)
- Allergien, wenn ja, welche? _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Kinderkrankheiten: _____

Für Patientinnen: sind Sie schwanger? Ja Nein

 Geburten? Ja Nein Wann? _____

Vegetative Anamnese:

- Appetitlosigkeit Ja Nein
- Schmerzen Ja Nein
- Erschöpfung Ja Nein
- Antriebslosigkeit Ja Nein
- Konzentrationsschwäche Ja Nein
- Schlafstörungen Ja Nein
- Nachtschweiß Ja Nein
- Stuhlgang normal Verstopfung vermehrt
- Durchfall mit Blut mit Schleim
- Wasserlassen normal häufiges Wasserlassen
- mit Schmerzen nachts > 1mal
- Durst normal vermindert erhöht
- Appetit normal vermindert erhöht
- Gewichtsveränderung keine Zunahme KG in _____ Monaten
- Abnahme KG in _____ Monaten

Ihre Gewohnheiten:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|---|
| Rauchen Sie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Wie viele Zigaretten tägl.? _____ |
| Trinken Sie Alkohol | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> gelegentlich |
| Haben Sie viel Stress | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Schlafen Sie genügend | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | |
| Treiben sie Sport | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> 1x/ Woche
<input type="radio"/> häufiger als 1x/ Woche |

Familienanamnese:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|-------|
| Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Schlaganfälle | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Diabetes mellitus | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Stoffwechselstörung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Rücken-, Gelenkerkrankung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Rheuma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Hauterkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Krebserkrankungen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Übergewicht | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | _____ |
| Sonstiges | | | _____ |

Wer?

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein: Wenn ja, welche?

Nehmen sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein: Wenn ja, welche?

	<u>Wann?</u>		
Hatten Sie Krankenhausaufenthalte	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Hatten Sie Operationen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Hatten Sie Unfälle	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung?			_____

Behandlungstermine / Terminausfall:

Behandlungstermine dienen dazu, den Praxisablauf kalkulierbar zu machen. Wir möchte Wartezeiten so gut wie möglich vermeiden oder sie minimal halten. Patienten, die ihre Termine nicht rechtzeitig absagen oder unentschuldigt überhaupt nicht erscheinen, stören den regelrechten Tagesablauf. Und sorgen neben dem dadurch entstehenden Verwaltungsaufwand für Verdienstausschlag.

Daher bitte ich Sie im Interesse aller Beteiligten um Termintreue und im Bedarfsfall um rechtzeitige Absage, 24 Stunden vor Termin. Wir können den Termin dann an wartende oder akut erkrankte Patienten weiter vergeben.

Bitte beachten Sie, dass wir nicht eingehaltene Termine, welche nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, je nach Aufwand mit 80,00€ - 120,00€ in Rechnung stellen.

Wichtige Information / Einverständnis:

Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per Post oder per E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern höheres Recht dagegenspricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die aufgeführten Informationen gelesen und verstanden habe.

X

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter