

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
um wichtige Informationen zu Ihrer Krankheitsgeschichte zu erfassen, bitten wir Sie, kurz aber vollständig die folgenden Fragen zu beantworten. Unklare Fragen lassen Sie bitte offen, der Arzt oder eine Praxismitarbeiterin wird diese mit Ihnen beantworten. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind von Ihnen freiwillig auszufüllen.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____. _____. _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Festnetznummer: _____ Mobilfunknummer: _____

Email-Adresse: _____

Privatversicherte bitte um Angabe der Privat-Krankenkasse: _____

Haben Sie Allergien u. Arzneimittel-Überempfindlichkeiten, wenn ja welche:

Hatten Sie schon eine der folgenden Erkrankungen? (Bitte ankreuzen)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Stoffwechselerkrankungen Allgemeine Vorgeschichte

- | | | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angeborener Herzfehler | <input type="checkbox"/> Diab. Mell. (Zucker) | <input type="checkbox"/> Wasser lassen nachts? |
| <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Raucher |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte | <input type="checkbox"/> Nicht Raucher seit:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Alkohol Glas/Tag:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Treiben Sie Sport? |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen | Familie |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Nerven-Gemütskrankung | <input type="checkbox"/> Hohe Blutfettwerte |
| <input type="checkbox"/> Venenentzündung
Thrombose | <input type="checkbox"/> KnochenGelenkerkrankung | _____ |
| <input type="checkbox"/> Embolie | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Reizdarm |
| <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Borreliose |
| | <input type="checkbox"/> Prostataleiden | <input type="checkbox"/> umweltmed. Erkrankungen |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig? (Wenn möglich. bitte mit jeweiligen Dosierungen) Halten Sie bitte Ihren Medikamentenplan bereit.

Jetzige Beschwerden: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____ (Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____