

Anamnesebogen

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam durch und beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie optimal an Ihren individuellen Gesundheitszustand anzupassen. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gerne weiter.

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____
 Geburtsdatum und -Ort: _____
 Beruf: _____
 männlich weiblich
 E-Mail: _____
 Telefon: _____
 Handy: _____

Bei welchem Hausarzt waren Sie bisher in Behandlung? _____

 Bei welchen Fachärzten waren Sie bisher in Behandlung? _____

Persönliche Anamnese

Körpergröße _____cm Gewicht ____Kg
 Rauchen Sie? Nein Ja ____Zig./Tag
 Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich regelmäßig ____Gläser/Woche
 Nehmen Sie Medikamente? Nein Ja Welche?
 Sind Sie schwanger? Nein Ja möglicherweise

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenfunktionsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gelenkrheuma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hauterkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Anamnesebogen

Asthma	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Tuberkulose	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
HIV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Hepatitis	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Herzerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Psychische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Anfallsleiden/Epilepsie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
andere Vorerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Medikamenten-Unverträglichkeit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Allergie gegen Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Sonstige Allergien	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?
Wurden Sie schon einmal operiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, was und wann wurde operiert?

Besteht oder bestanden bei Ihren Eltern oder Geschwistern eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Zuckerkrankheit	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Schlaganfall	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Krebserkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche?

Ist Ihr Impfschutz vollständig? Ja Nein Bin nicht sicher

Wann war Ihr letzter Gesundheits-Check? _____

Wann war Ihre letzte Hautkrebs-Vorsorge? _____

Möchten Sie an anstehende Vorsorge- oder Impftermine per Email oder telefonisch erinnert werden? Ja Nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Einverständnis zur Datenspeicherung und –Weitergabe nach **DSGVO**: Ich bin damit einverstanden, dass alle Mitarbeiter der Praxis meine Daten einsehen können, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter der Praxis der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Meine Daten dürfen unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Regelungen gespeichert, an mitbehandelnde Ärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten sowie berechnete Institutionen übermittelt werden. Die ausliegende Patienteninformation zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum:

Unterschrift