

# ANAMNESEBOGEN (Privat)



Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

- Privater STANDARDTARIF
- Privater BASISSTARIF
- BEIHILFE

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb. - Datum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Festnetz - Nr.: \_\_\_\_\_ Handy - Nr.: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ (bitte leserlich)  
Letzte berufl. Tätigkeit: \_\_\_\_\_, wenn Rentner, früher? \_\_\_\_\_  
Sportliche Aktivitäten: \_\_\_\_\_  
Beh. Hausarzt (Vor- und Zuname, Adresse): \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden:

Liegt oder lag bei Ihnen eine der nachfolgend genannten Krankheiten vor? Bitte ankreuzen:

- |   |   |
|---|---|
| Diabetes (Zuckerkrankheit)                                    | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| Wenn Ja, insulinpflichtig                                     | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| Herzerkrankung  | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche _____  |
| Bluthochdruck   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| Lungenkrankheiten (z.B. Asthma/Bronchitis)                    | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche _____  |
| Magen-Darm-Erkrankungen<br>(z.B. Magengeschwür, Magenbluten)  | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| welche _____  |   |
| Blasen- oder Nierenerkrankungen                               | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche _____  |
| Unterleibserkrankungen<br>(z.B. Gebärmutter oder Prostata)    | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| welche _____  |   |
| Augenerkrankungen (z.B. grauer/grüner Star)                   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| welche _____  |   |
| Ohrenerkrankungen   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche _____  |
| Krebs   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welchen _____ |
| Infektionskrankheiten (aktuell)<br>bspw. HIV, Hepatitis, etc. | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| Störungen der Blutgerinnung                                   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |
| Schilddrüsenerkrankung  | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche _____  |
| Thrombose   | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>               |

**Erkrankungen des Nervensystems  
(Epilepsie/ Polyneuropathie/ Depressionen)**

nein  ja ,

welche \_\_\_\_\_

Rheuma

nein  ja , welche \_\_\_\_\_

Hauterkrankungen

nein  ja , welche \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein, welche die Blutgerinnung beeinflussen?**

(z.B. Falithrom, Marcumar, ASS) nein  ja ,

welche \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?**

Bei Bedarf

nein  ja , welche \_\_\_\_\_

Regelmäßig

nein  ja , welche \_\_\_\_\_

**Tragen Sie einen Herzschrittmacher?**

nein  ja

**Leiden Sie an Allergien?**

nein  ja , welche \_\_\_\_\_

**Schwerbeschädigtenausweis?**

nein  ja , Grad der Behinderung? \_\_\_\_\_°

welches Merkzeichen? \_\_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? (z.B. Knie-, Zahn-, Mandel-, Bauch-, Gyn- oder andere)**

nein  ja , welche \_\_\_\_\_

**Besteht eine Schwangerschaft? (nur für Frauen)**

nein  ja

**Sind Sie Raucher**

nein  ja , wie viele ca./ Tag? \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol**

nein  ja , täglich  wöchentlich  anlässlich

**Vielen Dank für Ihr Bemühen!**

**BITTE ANKREUZEN:**

**→  Einverständniserklärung zur personenbezogenen Datenverarbeitung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine auf der Gesundheitskarte gespeicherten, personenbezogenen Daten sowie Daten zu Diagnosen und Therapien in der o. g. Praxis gespeichert und verarbeitet werden.

Die Informationen zur Speicherung der personenbezogenen Daten gemäß §13 und §14 DSGVO liegen zur Einsichtnahme in der Praxis aus.

Ich habe sie zur Kenntnis genommen und sie werden mir auf Wunsch ausgehändigt.

**→  Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gemäß §73 Abs.1b SGB V. (z.B. Hausarzt, Überweisender Arzt)**

Mir ist bekannt, dass ich die Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

**Die Honorarvereinbarung ist unabhängig von der Erstattungspraxis ihrer Kostenträger.**

**Bitte informieren Sie sich im Vorfeld, welche individuellen Bedingungen Ihrem Tarif zugrunde liegen!**

Berlin, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_