

Anamnesebogen

Arztpraxis Andrea Meier-Greve



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:

Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!

Sie können uns bei der Arbeit behilflich sein, indem Sie folgende Fragen beantworten:

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

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an!

Diabetes (Zuckerkrankheit) nein ja

 Wenn Ja, insulinpflichtig nein ja

Herzerkrankung nein ja welche _____

Bluthochdruck nein ja

Lungenkrankheiten (z.B. Asthma/Bronchitis) nein ja , welche _____

Magen-Darm-Erkrankungen
 (z.B. Magengeschwür, Magenbluten) nein ja , welche _____

Blasen- oder Nierenerkrankungen nein ja , welche _____

Unterleibserkrankungen
 (z.B. Gebärmutter oder Prostata) nein ja , welche _____

Augenerkrankungen (z.B. grauer/grüner Star) nein ja , welche _____

Ohrenerkrankungen nein ja , welche _____

Krebs nein ja , welchen _____

Infektionskrankheiten (aktuell)

bspw. HIV, Hepatitis, etc. nein ja

Störungen der Blutgerinnung nein ja

Schilddrüsenerkrankung nein ja , welche _____

Thrombose nein ja bitte wenden

Erkrankungen des Nervensystems

(Epilepsie/ Polyneuropathie) 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.

Berlin, _____

Unterschrift _____