

Anamnesebogen Allgemeinmedizin

Name	Vorname	Geburtsdatum
Telefonnummer (Festnetz)	Handynummer	
Email-Adresse		
Beruf	Arbeitgeber	
Bitte geben Sie an, wen wir im Notfall kontaktieren dürfen (Name, Telefonnummer):		

Haben Sie eine Pflegestufe? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____		
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet Anzahl Kinder: _____		

Welche Medikamente nehmen sie ein?

Medikament	Art (Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, Pflaster...)	Dosierung (wie oft täglich, bei Bedarf)

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) nachfolgende Erkrankungen bekannt?

Herzinfarkt/Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<hr/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<hr/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<hr/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<hr/>
Darmkrebs	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<hr/>
Brustkrebs/sonstiger Krebs	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, bei:	<hr/>

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt? (bitte ankreuzen)

- Asthma/COPD
- Arthrose
- Verdauungsbeschwerden: Durchfall Verstopfung Reizdarm
- Bluthochdruck
- Chronische Infektionskrankheit: Hepatitis _____ HIV Tuberkulose
 Sonstige: _____
- Diabetes mellitus
- Fettstoffwechselstörung (Cholesterin erhöht)
- Hautkrankheit: Welche?
- Herzkrankheit: KHK (Koronare Herzkrankheit) Herzrhythmusstörungen Herzinfarkt
- Krampfadern
- Krampfanfälle
- Krebserkrankung/Tumor: Art?
- Lebererkrankung
- Migräne
- Neurologische Erkrankung: Welche?
- Nierenerkrankung
- Osteoporose
- Psychische/Seelische Erkrankungen: Müdigkeit Erschöpfung Traurigkeit
 Antriebslosigkeit
- Rheuma/Gelenkschmerzen
- Schilddrüsenerkrankung: Unterfunktion Überfunktion Hashimoto thyreoditis
 Sonstige: _____
- Schlafstörungen
- Schlaganfall
- Thrombose
- Sonstige:

Hatten Sie bisher Operationen, Unfälle, Bestrahlungen oder Chemotherapie?

- Nein
- Ja, welche? Wann?

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen

Haben Sie Allergien?

Nein Ja: _____

Haben Sie Medikamentenunverträglichkeiten?

Nein Ja: _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja, im _____ Monat

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten/Tag
 Ich rauche nicht mehr seit

Trinken Sie Alkohol? Nein gelegentlich regelmässig

Treiben Sie Sport? Nein Ja, Sportart? Wie oft? _____

Leiden Sie unter Rückenschmerzen? Nein Ja

Leiden sie unter Knieschmerzen? Nein Ja

Wann war Ihre letzte Check up-Untersuchung? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Telefonbuch Empfehlung Internet Sonstiges: _____

Einwilligungserklärung / Einverständniserklärung Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO:

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt mich an wichtige Kontrolltermine telefonisch, schriftlich oder per E-mail erinnert. Diese Erklärung gilt bis auf schriftlichen Widerruf.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen Behandlungsdaten und Befunde erheben kann und auch an diese die erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde **per Fax / Email /Telefon** (nicht zutreffendes bitte streichen) übermitteln darf. Ich erteile die Erlaubnis, die zur Rechnungsstellung erforderlichen Daten an die Ärztliche Verrechnungsstelle Wiesbaden GmbH – Bahnstr. 7 – 65205 Wiesbaden weiterzuleiten.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem behandelnden Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

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

An folgende Personen sollen Behandlungsdaten/Rezepte und Überweisungen/Befunde (Nicht zutreffendes bitte streichen!) weitergegeben werden:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Aschaffenburg, _____

Unterschrift _____