

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir bitten Sie um einige Informationen zu Ihrer Person und Ihren medizinischen Daten. Selbstverständlich sind diese Angaben freiwillig. Bitte bringen Sie diesen Bogen zum Termin mit oder senden ihn vorab zu. Bitte bringen Sie außerdem – sofern vorhanden – Ihren Impfpass, eine aktuelle Medikamentenliste und aktuelle Arztberichte mit.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Telefon		
Vorname	Mobil		
Geschlecht	E-Mail		
Geburtsdatum	Familien- stand		
Straße	Kinder	nein	ja:
PLZ / Ort	Geburtsjahr(e)		
Aktuelle berufliche Tätigkeit			
Grad der Behinderung	nein	ja:	
Haben Sie eine Patienten- verfügung / Vorsorgevollmacht?	nein	ja	

MEDIZINISCHE DATEN & KRANKENGESCHICHTE

Körpergröße	Gewicht		
Allergien	nein	ja:	
Besondere Ernährungsform (z. B. vegan):			
Sportliche Aktivitäten (Sportart / Häufigkeit):			
Rauchen Sie / Haben Sie geraucht?	nein	ja, seit	ca. Zigaretten bzw. pro Tag
	Ich habe im Jahr		aufgehört.

MEDIZINISCHE DATEN & KRANKENGESCHICHTE (Fortsetzung)

Trinken Sie Alkohol? nein ja: Häufigkeit

Ich habe früher regelmäßig Alkohol konsumiert.

Konsumieren Sie Drogen? nein ja: Häufigkeit

Regelmäßige Medikamenteneinnahme - bitte fügen Sie möglichst einen Medikamentenplan bei.

Medikament / Wirkstärke (z. B. ASS 100 mg) Dosierung (z. B. 1 - 0 - 0)

Hatten Sie bereits...

Operationen?
Welche? Jahr?

Magenspiegelung? nein ja, wann zuletzt:

Darmspiegelung? nein ja, wann zuletzt:

Männer: Wer ist Ihr Urologe?

Frauen: Wer ist Ihr Gynäkologe?

Gehen Sie regelmäßig zu weiteren Fachärzten? (Bitte Fachrichtung und Namen angeben.)

Fühlen Sie sich aktuell emotional besonders belastet oder gestresst?

nein ja:

Waren Sie bereits in psychotherapeutischer / psychiatrischer Behandlung?

nein ja:



Bitte geben Sie an, welche Erkrankungen vorliegen:

Herzerkrankungen nein ja:

- Herzinsuffizienz

- Herzklappenerkrankungen

Durchblutungsstörungen nein ja:
(z. B. pAVK, ...)

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) nein ja:

Lebererkrankungen (z. B. Hepatitis, ...) nein ja:

Nierenerkrankungen nein ja:

Schilddrüsenerkrankungen nein ja:

Neurologische Erkrankungen (z. B. Parkinson, Schlaganfall) nein ja:

Infektionskrankheiten nein ja:
(z. B. Tuberkulose, HIV, ...)

Augenerkrankungen nein ja:

HNO-Erkrankungen nein ja:

Erkrankungen des Blutes / blutbildenden Systems (z. B. Anämie, Leukämie, ...)	nein	ja:
---	------	-----



MEDIZINISCHE DATEN & KRANKENGESCHICHTE (Fortsetzung)

Hautkrankheiten
(z. B. Hautkrebs, Neurodermitis,
Schuppenflechte, ...) nein ja:

Erkrankungen des Bewegungs-
apparates
(z. B. Rückschmerzen, Arthrose, Rheuma, ...)

Psychische Erkrankungen nein ja:

Chronische Schmerzen nein ja:

Tumorleiden (Krebs) nein ja:

Sonstige Erkrankungen nein ja:

Gibt es weitere Angaben, die Ihnen wichtig erscheinen?

EINWILLIGUNGEN

Ich bin mit einer eventuellen Fotodokumentation einverstanden. nein ja

Ich stimme bei Bedarf der künftigen Weitergabe meiner Daten an
Vor-, Mit- und Nachbehandler (z. B. Fachärzte, Krankenhäuser,
Physiotherapeuten) ausdrücklich zu. nein ja

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme über SMS / E-Mail einverstanden. nein ja

Die Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich postalisch oder per E-Mail widerrufen werden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Hausarztpraxis Oppenheim - Dres. Brink-Bacci und Rohsbach GbR meine Behandlungsdaten und Befunde nicht an Dritte übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Datum

Unterschrift

