

Liebe Patientinnen und Patienten,

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen das Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Persönliche Daten

Vorname Nachname
Geburtsdatum

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt, wenn ja, seit wann?

Ja Nein

Bluthochdruck

Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)

Angeborene oder erworbene Herzerkrankung (auch Herzklappen)

Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)

Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, COPD [chron. Bronchitis], Tuberkulose)

Thrombose oder Lungenembolie

Blutungsstörung; Bluterkrankungen

Diabetes mellitus Typ 1/2 (Zuckerkrankheit)

Schilddrüsenerkrankungen

Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)

Gicht

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen (Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose)

Erkrankungen der Speiseröhre/des Magens

Nein

Erkrankungen des Darmes

Chronische Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Hepatitis B/C)

Tumorerkrankungen

Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star, Makuladegeneration)

Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)

Krampfleiden [Epilepsie] oder andere neurologische Erkrankungen

Gelenkerkrankungen (Arthrose, Rheuma)

Hauterkrankungen

Sind Sie bereits operiert worden? Wenn ja, was und wann?

.....

.....

.....

.....

.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: Zigaretten/Tag seit: Jahren

Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel:

Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten? Ja / Nein

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt? Ja / Nein

Wogegen?

Wie groß sind Sie? cm

Wieviel wiegen Sie? kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Beispiel:

Ramipril

5

1

O

1

täglich

[illegible]

Vorsorge

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Ja Nein

Gesundheitsuntersuchung (CheckUp), wenn ja, wann zuletzt?

Hautcheck, wenn ja, wann zuletzt?

Darmspiegelung, wenn ja, wann zuletzt?

Magenspiegelung, wenn ja, wann zuletzt?

♀: frauenärztliche Untersuchung, wenn ja, wann zuletzt?

♂: urologische Untersuchung (PSA), wenn ja, wann zuletzt?

Impfstatus vollständig? Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? – bitte unterstreichen –

Ja Nein

Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung (KHK), Schlaganfall

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)

Thrombose oder Lungenembolie, Blutungsstörung; Bluterkrankungen

Tumorerkrankungen (Wenn ja, bei wem welche Erkrankung?)

.....

.....

Sozialanamnese

Familienstand Kinder

Beruf

Pflegegrad (falls vorhanden)

Patientenverfügung vorhanden?

Vorsorgevollmacht vorhanden?

Herzlichen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der vielen Fragen Zeit genommen haben!

Dr. med. Marlen v. Wolffersdorff
Fachärztin für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Radeberger Str. 18, 01900 Großröhrsdorf
Tel. 035952/447662 Fax 035952/447663

Einverständnis zur Informationsweitergabe (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO))

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen, übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxismitarbeiter mit mir Kontakt aufnehmen:

Telefon Mobil

Email

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit, mit Wirkung auf die Zukunft, widerrufen kann.

Datum: Unterschrift: