

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

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzinfarkt, Herzkrankgefäßerkrankung (KHK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankung (auch Herzklappen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, COPD [chron. Bronchitis], Tuberkulose) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörung; Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus Typ 1/2 (Zuckerkrankheit) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankungen (Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankungen der Speiseröhre/des Magens |

Vorsorge

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Ja **Nein**

- Gesundheitsuntersuchung (Check up), 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: