

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis. Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Weiterhin ist Ihr Einverständnis für die Regeln der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) am Ende nötig.



Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.:** _____

Adresse: _____

Telefon: _____ **Handy:** _____

Email: _____ **Beruf:** _____

Rauchen Sie?

nein ja Wenn ja, seit wann und wie viel am Tag? _____

Ich habe früher geraucht, bis zum Jahr _____ .

Trinken Sie Alkohol?

Nie Ja, gelegentlich Ja, regelmäßig _____ / Tag

Ich habe früher regelmäßig Alkohol getrunken.

Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten? (z.B. Pollen, Tiere, Nahrungsmittel, Medikamente?)

Nein Ja Wenn ja, welche? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="radio"/> Diabetes / Zucker | <input type="radio"/> Asthma / COPD | <input type="radio"/> Krampfleiden / Epilepsie |
| <input type="radio"/> Cholesterin | <input type="radio"/> Thrombose | <input type="radio"/> Leber- / Gallenerkrankung |
| <input type="radio"/> Gicht /Harnsäure | <input type="radio"/> Blutungsneigung | <input type="radio"/> Krebserkrankung |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Hauterkrankung | <input type="radio"/> Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis) |
| <input type="radio"/> andere Herzerkrankung | <input type="radio"/> Depression | <input type="radio"/> Sonstige _____ |

Traten bei Eltern oder Geschwistern folgende Erkankungen auf?

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="radio"/> Diabetes / Zucker | <input type="radio"/> Schlaganfall | <input type="radio"/> Allergien |
| <input type="radio"/> Cholesterin | <input type="radio"/> Asthma / COPD | <input type="radio"/> Krebserkrankungen |

Wurde bei Ihnen bereits einmal (oder öfter) eine Darmspiegelung durchgeführt?

Nein Ja, Wann und wo? _____

Welche Operationen wurden bei Ihnen vorgenommen?

Blinddarm Gallenblase Mandeln/Polypen Schilddrüse Keine Andere:

Was wurde operiert?	Wann?	Wo? (Name der Klinik oder Praxis)

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? Keine „Pille“

Medikament	Dosis /Wirkstärke	Morgens	Mittags	Abends	Nacht

Erinnerung an Folgetermine

z. B. Impfungen, „Kinder-U-Untersuchungen“, Gesundheitscheck, Hautkrebsscreening, Vorsorge, etc.

Ich möchte an Folgetermine erinnert werden. Ja Nein
 Bitte informieren Sie mich per Telefon / SMS Brief Email / App

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten ggf. an andere Ärzte, Krankenhäuser und Rehakliniken, Psychotherapeuten, Labore, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, den medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei den Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter