

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN



Hausarztpraxis

Schneider & Ferber



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen in unserer Hausarztpraxis.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen bei oder vor Ihrem ersten Besuch aus.
Bitte beachten Sie die beigefügte Information zum Datenschutz. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon (tagsüber)

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontaktierung zu medizinischen Sachverhalten über dieses Medium wünschen

Beruf *Freiwillige Angabe – dient der optimalen und individuellen Diagnose sowie Therapieplanung

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Bei wem sind Sie versichert?

WEGEN WELCHER KRANKHEIT WERDEN ODER WURDEN SIE BEHANDELT?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

ALLERGIEN

Wenn ja, welche? _____

BLUTERKRANKUNGEN

Blutarmut (Anämie)

Blutungsneigung (Hämophilie)

Thrombose

HERZERKRANKUNGEN

Angina pectoris

Herzstolpern (Arrhythmie)

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzinfarkt

Wenn ja, wann und wie viele? _____

Herzschrittmacher

Wenn ja, wann wurde dieser eingesetzt? _____

Herzklappenerkrankung

INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV | AIDS

Hepatitis: A B C

Tuberkulose

GEFÄß- | KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Arterienerkrankung (pAVK)

Venen (tiefe Venenthrombose | venöse Insuffizienz)

Ödeme (Lymphödem | Lipödem)

LUNGENERKRANKUNGEN

- Asthma bronchiale
- COPD

MAGEN- | DARMERKRANKUNGEN

- Colitis ulcerosa
- Morbus Chron

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Migräne

ERKRANKUNGEN DES NIEREN- | GENITALTRAKTES

- Nierenerkrankung | Niereninsuffizienz
- Prostataerkrankung
- Häufige Blasenentzündungen

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

- Angststörung
- Depression
- Psychose

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung): Typ I Typ II
- Harnsäure (Hyperurikämie | Gicht) Vitaminmangel
- Schilddrüsenerkrankung (Struma | M. Basedow | Hashimoto | Thyreoiditis | Hypothyreose) Fettstoffwechselstörung (Cholesterin | Triglyceride)

ORTHOPÄDIE

- Bandscheibenvorfall Wenn ja, wann? _____
- Schulterschmerzen Rechts Links Wirbelsäulenoperation
- Morbus Bechterew | Scheuermann Arthrose Osteoporose
- Gelenkerkrankung Schmerzen an Hals- | Brust- | Lendenwirbelsäule

TUMORERKRANKUNGEN

- Krebs | Metastasen

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

ANGABEN BEI PATIENTINNEN

- Menstruationsbeschwerden Aktuelle Schwangerschaft Wenn ja, in welchem Monat? _____
- Orale Kontrazeption (Pille)

WEITERE ANGABEN

- Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- Operationen | Unfälle? Wenn ja, wann bzw. welche OPs? _____
- Treiben Sie Sport? Wenn ja, welcher Art und wie oft? _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄßIG EIN?

Name des Medikaments Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (ASS® | Marcumar® | Pradaxa® | Eliquis® | Xarelto®) Ja Nein

WELCHE SCHUTZIMPFUNGEN HABEN SIE BEKOMMEN?

Bitte nur Zutreffendes ankreuzen.

- Tetanus Diphtherie Polio Reiseimpfungen
- Masern Pertussis (Keuchhusten) Mumps Röteln
- Hepatitis A Hepatitis B FSME (Zecken) Grippe
- Pneumokokken

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO):*

Ort| Datum

Unterschrift