

ANAMNESEBOGEN

HAUSARZTPRAXIS RIESAER STRAßE 40 DR. OLBRICH/DONATH

Liebe Patientin, lieber Patient,
sie haben den Weg in unsere Praxis gefunden. Da wir Sie noch nicht kennen und trotzdem
baldmöglichst eine gute Betreuung gewährleisten wollen, bitten wir sie, diesen Fragebogen
auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht!

Pat-Name: _____ geb: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail Adresse: _____

Bitte ankreuzen/ausfüllen:

Raucher ☐ nein ☐ ja: ____ Zigg./Tag seit ca. ____ Jahren oder **Exraucher** seit ____

Größe: ____ cm **Gewicht:** ca. ____ kg

____ Glas **Alkohol**/Woche (z.B. ist 1 Glas = 1 kleines Bier / 1 Glas Wein / 1 Schnapsglas)

gelernter Beruf: _____ ausgeübte Tätigkeit: _____ mit ____ Stunden/Woche

☐ Ich hatte eine/mehrere Operationen (welche?)

☐ Ich hatte/habe eine Chemotherapie oder Strahlentherapie.

☐ Ich nehme regelmäßig Medikamente ein oder muss spritzen

☐ Ich bin bei anderen Fachärzten in regelmäßiger Betreuung (welche?)

☐ Ich habe einen Notfallausweis (z.B. bei Blutverdünnung, Allergie, Herzschrittmacher)

☐ Ich habe einen Schwerbehindertenausweis: GdB ☐ Pflegegrad ____

☐ Ich habe einen Organspendeausweis:

Ich habe eine ☐ **Patientenverfügung** ☐ **Vorsorgevollmacht** ☐ **Betreuung durch:**

☐ **Ich weiß nicht genau**, ob ich mit meinen Impfungen auf dem aktuellen Stand bin

Ich habe Probleme mit:

dem Essen/ dem Appetit/ der Nahrungsaufnahme

dem Ein- oder Durchschlafen

der Psyche oder den Beziehungen zu anderen Menschen

Alkohol, Tabletten oder anderen Drogen

Schmerzen (Kopf, Rücken, Gelenke, Bauch...)

der Verdauung

dem Wasserlassen

dem Liebesleben (z.B. Potenzprobleme, Libidoverlust)

mit der Atmung

mit dem Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Gicht, Cholesterin)

mit dem Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler)

mit der Lunge (z.B. Asthma)

mit Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Pollen-, Nahrungs- oder Medikamentenallergie)

mit der Haut

mit den Augen

mit anderen Körperteilen oder -funktionen (welche oben nicht genannt wurden)

Die letzte **Gesundheits-Vorsorgeuntersuchung (Check)** war ca. _____ oder ☐ noch nie?

Letzte **Krebsvorsorge** (☐ Männer ☐ Frauen) war _____ oder ☐ noch nie?

Die letzte **Stuhluntersuchung** oder **Darmspiegelung** war _____ oder ☐ noch nie?

Gibt es Hinweise zu gesundheitlichen Risiken **innerhalb der Verwandtschaft**?

- ☐ Darmkrebs ☐ Diabetes ☐ Herzinfarkte ☐ Lungenkrankheiten
☐ andere Tumoren _____ ☐ Schlaganfall
☐ Gicht ☐ Cholesterinerhöhung ☐ Nierenkrankheiten
☐ anderes _____

Welche Angehörigen dürfen Auskünfte erfragen (z.B. Kindern, Partner, Nachbar)?

Wen sollen wir **im Notfall anrufen**? (Name/Tel):

Wem sollen wir **auf keinen** Fall irgendwelche Auskünfte erteilen (z.B. dem Exmann)?

Bisheriger Hausarzt war Dr. _____ in:

Einverständnis Befundübermittlung Patient: _____

Dürfen **Vorbefunde** bei bisherige oder mitbehandelnden Ärzten **angefordert** werden?

Ja____/Nein____ Unterschrift:  _____

Dürfen die **Befunde** aus unserer Praxis an mitbehandelnde Ärzte **gesandt** werden?

Ja____/Nein____ Unterschrift:  _____

Hiermit erkläre ich, dass ich das dreiseitige Informationsblatt zum Behandlungsvertrag und **Datenschutz** gelesen habe. **Ich bin einverstanden**, dass alle erforderlichen persönlichen und medizinischen Daten zum Zwecke der Behandlung erheben und speichern darf, sofern dies für den Behandlungserfolg wichtig ist. Mir ist bewusst, dass auch Körpermaterialien, z.B. Blut, für Untersuchungen an Auftragslabore weiter gegeben werden und hiermit eine Datenweitergabe notwendig ist. Ich kann jederzeit schriftlich meine Einwilligung ganz oder teilweise widerrufen.

Name _____ Datum _____ Unterschrift  _____

Vielen Dank für ihre Mühe!!