

# Anamnesebogen



## Sehr geehrte(r) Patient(in)

Wir freuen uns über Ihren Besuch in unserer Praxis.

Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihren Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus!

Besprechen Sie offene Fragen – falls erforderlich – auch gerne mit Ihren Angehörigen.

Fragen, welche Sie nicht beantworten können, lassen Sie einfach aus.

Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

### **Persönliche Daten:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Adresse:

Krankenversicherung:

Familienstand:

Kinder:

Beruf:

### **Kontaktdaten:**

Telefon / Handy:

E-Mail:

**Gesundheitsfragen:**

Größe: \_\_,\_\_\_\_ m    Gewicht: \_\_\_\_ kg

Allergien:                                     nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Arzneimittelunverträglichkeit:         nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ernährung:  Mischkost  vegetarisch  vegan

Eigene Erkrankungen / Operationen:

- Bluthochdruck  Herzinfarkt  Schlaganfall  Herzrhythmusstörung
- Nierenschwäche  Thrombose  Lungenembolie  Blutgerinnungsstörung
- Grauer Star  Grüner Star  Schilddrüse  Lebererkrankung
- psychische Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

Krebserkrankung(en): \_\_\_\_\_

Operationen:  Schilddrüse  Blinddarm  Gallenblase

andere: \_\_\_\_\_

**Welche Fachärzte besuchen sie regelmäßig?**

- Kardiologe  Orthopäde  Nephrologie  Endokrinologe
- Diabetologie  Augenarzt  Urologe  Gynäkologe
- andere \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung ein?**

Wenn Sie einen vollständigen Medikationsplan mitbringen, brauchen Sie diese Tabelle nicht ausfüllen.

Präparat	Dosis in mg	morgens	mittags	abends	zur Nacht

**Kinderkrankheiten:**

- Masern  ja  nein
- Windpocken/Feuchtblattern/Wasserpocken  ja  nein
- Keuchhusten  ja  nein
- Mumps/Ziegenpeter  ja  nein
- Scharlach  ja  nein
- Röteln  ja  nein

**Vorsorge:**

Haben Sie einen kompletten Impfschutz?  Ja  Nein  
Bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit!

Letzte Vorsorge-Untersuchung (Check-up 35 o.ä.)? \_\_\_\_\_

Letzte Hautkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Letzte Darmkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Letzte Prostatakrebs-Vorsorge (falls zutreffend)? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein

Sportart(en): \_\_\_\_\_ h / Wo.

**Familiäre Erkrankungen** (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante):

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? \_\_\_\_\_

Blutzuckerkrankheit ja bei wem? \_\_\_\_\_

Schlaganfall ja bei wem? \_\_\_\_\_

Krebserkrankung ja bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Art? \_\_\_\_\_

(Wenn möglich, bitte immer das Alter bei Erkrankungsbeginn angeben!)

**Nikotin / Alkohol:**

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Haben Sie mal regelmäßig geraucht?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_ Zigaretten / Pfeifen / Zigarren pro Tag über/ seit \_\_\_\_ Jahre(n)

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein

Wenn ja, Bier: täglich  wöchentlich  gelegentlich  Menge: \_\_\_\_\_

Wein: täglich  wöchentlich  gelegentlich  Menge: \_\_\_\_\_

Spirituosen: täglich  wöchentlich  gelegentlich  Menge: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Drogen?  Ja  Nein

Haben Sie Drogen konsumiert?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie Sie behandelt werden möchten:**

Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.

Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen und ich die Kosten selbst tragen muss.

## Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KV Sachsen oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Labor, etc.) durch die oben genannte Praxis zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von der Schweigepflicht entbunden wird und Auskünfte oder Berichte über mich an mitbehandelnde Fachärzte und Krankenhäuser, meine Krankenkasse, das Gesundheitsamt, der Deutschen Rentenversicherung sowie an folgende von mir bestimmte Personen (Vorname, Nachname) bzw. Institutionen

---

weitergeben darf.

An folgende Personen (Vorname, Nachname), Apotheken, Pflegeheime/Dienste bzw. Institutionen dürfen von mir bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abgegeben bzw. versendet werden:

---

Ich bin damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde. Meine patientenbezogenen Daten verbleiben in meiner Patientenakte und werden möglicherweise länger als 10 Jahre aufbewahrt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

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

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

Praxis Dr. med. Philippos Papachrysanthou