

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Für eine erfolgreiche Behandlung durch den Arzt ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte, etwaige Allergien oder Medikamenten-unverträglichkeiten sehr wichtig. Falls Sie über Vorbefunde und alte Röntgen-/MRT-/ oder CT-Untersuchungen verfügen, bringen Sie diese bitte unbedingt mit den dazugehörigen Befundberichten zu der Untersuchung mit und geben Sie diese bei der Anmeldung am Tresen zur weiteren Bearbeitung ab. Selbstverständlich bekommen Sie alle abgegebenen Befunde etc. wieder mit nach Hause.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sprechen Sie uns bitte an, wir helfen Ihnen gern weiter.

Name, Vorname <hr/>	Geburtsdatum <hr/>
Straße, Hausnummer <hr/>	PLZ, Ort <hr/>
Telefon <hr/>	Mobil <hr/>
E-Mail <hr/>	Hausarzt (HzV-Vertrag/Hausarztmodell <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein) <hr/>

Angaben zur/zum Erziehungsberechtigten bei Kindern unter 18 Jahren:

Name, Vorname <hr/>	Geburtsdatum <hr/>
Straße, Hausnummer <hr/>	PLZ, Ort <hr/>

Fragen zum heutigen Besuch

Wegen welcher Beschwerden kommen Sie heute in unsere Praxis? Seit wann bestehen die Beschwerden? Unfall/kein Unfall? Bitte Unfallhergang schildern.

Gibt es Voruntersuchungen, wie z.B. MRT- oder Röntgenuntersuchungen?

Nein Ja, folgende:

Haben Sie in letzter Zeit Physiotherapie oder Massagen verordnet bekommen? Wenn ja, wie viele Rezepte hatten Sie insgesamt und wann war die letzte Behandlung?

Nein Ja, folgende:

Allgemeine Fragen

Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, an welchen?

Nein Ja, folgende: _____

Leiden Sie an chronischen oder bösartigen Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck, Herzerkrankungen oder Krebs?

Nein Ja, folgende: _____

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, bitte OP's mit Datumsangabe aufführen

Nein Ja, folgende: _____

Welche Dauermedikation nehmen sie ein? Auch solche zur Blutverdünnung, wie z. B. Marcumar oder ASS

Nein Ja, folgende: _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

_____ Stunden pro Woche _____

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft?

Nein Ja, folgenden: _____

Haben Sie einen Grad der Behinderung (GdB) und ggf. auch ein Merkzeichen?

Nein Ja, GdB _____ % Merkzeichen _____ Grund _____

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit, wie z.B. Hepatitis oder HIV?

Nein Ja, folgende: _____

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Angaben absolut freiwillig sind. Wir bitten Sie jedoch in Ihrem eigenen Interesse, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen, um eine optimale medizinische Behandlung zu sichern und Doppeluntersuchungen, wie z.B. Röntgen, zu vermeiden.

Einverständniserklärung

Wir bitten um Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. mitbehandelnden Ärzte und für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen, wie z.B. Labor, MRT, etc. hinzugezogenen Ärzte und Institutionen.

Das Einverständnis ist jeder Zeit widerrufbar.

Ich wurde über die Freiwilligkeit der Angaben auf diesem Anamnesebogen informiert.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Nachname,
ggf Erziehungsberechtigte/-r)