



ANAMNESE

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Telefon:

Meine E-Mailadresse für Terminbenachrichtigungen:@.....

Anschrift:

Name u. Anschrift d. Hausarztes:

Familienstand: Kinder: Schulbildung: Beruf:

Nächster Angehöriger mit Telefonnummer und Anschrift:

.....

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? Ja..... Nein.....

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? (bitte ankreuzen)

Lungenerkrankungen:

- Lungen-/Rippenfellentzündung
- Bronchitis
- Asthma
- COPD

Herz- und Gefäßerkrankungen:

- hoher Blutdruck Seit wann?
- niedriger Blutdruck
- Schlaganfall Wann?
- Herzinfarkt Wann?
- Vorhofflimmern
- Rhythmusstörungen
- Schrittmacher / Defi Firma: Biotronik Medtronic
Boston Scientific... St. Jude Medical...
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Krampfadern
- Thrombose

Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten:

- grüner, grauer Star
- Sehstörungen
- Infekt letzten 2-3 Wochen
- Nasen-Nebenhöhlenentzündung
- Nasenbluten

Baucherkrankungen:

- Gallensteine
- Gelbsucht
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankung
- Sonstige.....

Nieren- u. Geschlechtskrankheiten:

- Blasen-/Nierenentzündungen
- Prostataleiden
- Frauenkrankheiten

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit / Diabetes Typ I Typ II
- Gicht
- erhöhte Blutfette / Cholesterin
- Schilddrüsenerkrankungen

Allergien:

-Heuschnupfen
-Bindehautentzündung
-Hautausschlag
-Medikamentenunverträglichkeit
-Kontrastmittel
-Sonstige.....

Sonstige Erkrankungen:

- Epilepsie
- Migräne
- Hautkrankheiten
- Blutkrankheiten, z.B. Blutarmut
- Blutgerinnungsstörungen
- Krebs, Tumorerleiden
- Infektionskrankheiten, z. B.:
.... Hepatitis A Hepatitis B, HIV

Knochen- und Gelenkerkrankungen:

- Knochenbrüche
- Rheuma
wo:
- Bandscheibenschaden
- Gelenkbeschwerden
wo:
- Sonstige.....

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt:

- hoher Blutdruck
- Zuckerkrankheit / Diabetes
- hohe Blutfette
- Herzinfarkt
- Krebs, Tumorerleiden

BITTE WENDEN →

Bisherige Krankenhausaufenthalte:

wann:

wo:

warum:

Sonstige Fragen:

Wie groß sind Sie? Gewichtszunahme in der letzten Zeit /wie viel
Wie schwer sind Sie? Gewichtsabnahme in der letzten Zeit /wie viel
Nachtschweiß Ja Nein

Wie ist Ihr Appetit ?

..... normal Heißhunger Appetitlosigkeit Widerwillen gegen bestimmte Speisen

Wieviel trinken Sie pro Tag?

Wasserlassen?

..... normal vermehrt Nachts vermindert

Wie ist Ihr Stuhlgang?

..... regelmäßig Durchfälle Verstopfung

..... Rauchen, wieviel –was:

..... Nichtraucher

..... Alkohol, wie viel – was:

..... kein Alkohol

Medikamente (Bitte alle Medikamente mit Stärke und Häufigkeit (z.B. ASS 100mg 1-0-0) auflisten, auch Insulin, Lungensprays und Bedarfsmedikation):

.....
.....
.....
.....

Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen haben?

.....

Patienteninformation zum Datenschutz nach der DSGVO

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die unserer Ärzte, unserer medizinischen Fachangestellten, Praxisassistenten oder Auszubildende zum medizinischen Fachangestellten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Labor, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir personenbezogene Daten (z.B. Befunde) an Sie nicht per e-mail oder Fax versenden können.

Für weitere Information können Sie unsere Homepage www.praxis-weinrich.de besuchen oder informieren Sie sich im Wartezimmer an unserer Informationstafel. Wollen Sie, dass Angehörige Dokumente (z.B. Rezepte) für Sie in der Praxis abholen, benötigen wir hierzu eine Vollmacht von Ihnen. Einen Vordruck können wir Ihnen gerne zur Verfügung stellen. Diese Datenschutzeinwilligung können Sie jederzeit widersprechen. Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Sind bei mir aus medizinischer Sicht Untersuchungen mit einem technisch hochwertigen Gerät erforderlich, verpflichte ich mich, den vereinbarten Termin strikt einzuhalten. Sollte wider Erwarten etwas dazwischenkommen, werde ich den rechtzeitig – mindestens jedoch 48 Stunden vor dem Termin – absagen. Bei unentschuldigtem Fehlen kann mir die aufwendige Untersuchung in Rechnung gestellt werden.

Bei Bedarf stimme ich einer telefonischen Befundübermittlung an mich persönlich in der Zeit von täglich 7:00 bis 21:00 Uhr zu.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Angaben und die Datenschutzvereinbarung.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten/der Patientin