

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis. Von Anfang an möchten wir Ihre Behandlung optimal gestalten können. Dazu sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen und benötigen einige Angaben Ihrerseits. Das Ausfüllen dieses Bogens ist dazu gedacht, dass wir uns einen ersten Überblick über Ihren Krankheits-/Gesundheitsstatus verschaffen können. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, werden Ihrer Patientenakte zugefügt und sind nur für den medizinischen Gebrauch bestimmt. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und beantworten Sie die Fragen nach Möglichkeit vollständig. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an unsere MitarbeiterInnen.

Persönliche Informationen

.....
Name

.....
Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße, Hausnr.

.....
PLZ

.....
Wohnort

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
E-Mail

.....
Krankenkasse, evtl. private Zusatzversicher.

.....
Größe

.....
Gewicht

.....
Angehörige/r (Grad: z.B. Ehepartner)

.....
Telefonnr. Angehörige/r

.....
Beruf, Arbeitgeber/in

.....
Pflegegrad

.....
Grad der Behinderung

.....
Hilfsmittel

.....
Bisheriger Hausarzt (Name und Anschrift)

PatientInnen über 70 Jahre (Bitte markieren)

Leiden Sie unter:

Blaseninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Brauchen Sie Unterstützung beim/bei der:

Essen/Trinken

Transfer von Rollstuhl ins Bett

persönlichen Pflege

Benutzung der Toilette

Baden/Duschen

An-/Ausziehen

Gehen auf ebenem Grund

Treppen auf-/absteigen

Leiden oder litten Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?

(Bitte markieren und genau benennen)

Diabetes mellitus (Typ1 / 2 ?)	Bluthochdruck
Schilddrüsenerkrankung	Herzinfarkt/KHK
Lebererkrankung	Angina pectoris
Nierenerkrankung	Herzrhythmusstörung
Erhöhte Blutfettwerte	Schlaganfall
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	Thrombose/Lungenembolie
Durchblutungsstörungen (AVK)	Krampfadern
Bluterkrankungen	Krebskrankung
Depression/Angststörung	Parkinsonkrankheit
Neurologische Erkrankung	Rheumatische Erkrankung
Lungenerkrankung	

Sonstige (auch belastende Symptome):

Sollten Sie im Besitz von **Vorbefunden / Arztbriefen** zu den von Ihnen genannten Erkrankungen sein, bitten wir Sie uns diese zur Einsicht zur Verfügung zu stellen.

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Falls ja, listen Sie diese bitte auf. Geben Sie auch frei verkäufliche, homöopathische und naturheilkundliche Präparate oder Nahrungsergänzungsmittel an. Bitte geben Sie die Dosierung an. Alternativ können Sie gerne diesem Fragebogen Ihren **bundeseinheitlichen Medikamentenplan** hinzufügen.

Medikamentenname	Dosis	Morgens	Mittags	Abends
z.B. Pantoprazol	20 mg	1	0	0

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?

Wenn ja, wogegen?

Ja Nein

Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Allergien?

Wenn ja, wogegen, insbes. gegen Medikamente?

Ja Nein

Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja, an wie vielen Tagen/Woche, welche Menge?

Ja Nein

Rauchen Sie?

Wenn ja, wie viele Zigaretten im Schnitt pro Tag, seit wie vielen Jahren?

Ja Nein

Sind Sie schon einmal operiert worden?

Falls ja, woran?

Ja Nein

Sind Infektionskrankheiten bei Ihnen bekannt (z.B. Hepatitis, HIV)?

Wenn ja, welche?

Ja Nein

Haben / Hatten Sie Kontakt zu Tieren?

Wenn ja, welche?

Ja Nein

Sind Sie bisher in andere Länder verreist/haben Sie in anderen Ländern gelebt?

Falls ja, geben Sie bitte Länder und Aufenthaltszeiträume an

Ja Nein

Erkrankungen bei Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder)

(Bitte markieren)

Herzinfarkt	Schlaganfall	Darmkrebs	Brustkrebs	Gefäßerkrankung
Infektionserkrankung	Diabetes mellitus (Typ 1 / Typ 2)		Autoimmunerkrankung	

Vorsorge

Jahr der letzten Darmspiegelung:

Jahr des letzten Frauenarztbesuches:

Jahr des letzten Hautkrebsscreenings:

Jahr der letzten männlichen Krebsvorsorge:

Frauen

sind Sie schwanger?

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche

Ja Nein

Stillen Sie?

Ja Nein

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Patientenname:

Geburtsdatum:

Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail oder sonstigen Messendiensten sowie zur Kontaktaufnahme per Telefon und/oder Fax

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten gerne per E-Mail oder per Telefon mit Ihnen in Kontakt treten können, um Ihre Behandlung auf schnelle Weise, unkomplizierter und auf einem modernen, papierlosen Weg zu koordinieren. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der übermittelten Daten, etwa über die Mitteilung des Eintreffens von Laboruntersuchungen, mittelbar Rückschlüsse auf Ihren Gesundheitszustand möglich sein könnten, etwa dahingehend, dass Sie überhaupt einen Arzt aufgesucht haben. Zuvor müssten Sie uns bitte Ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten, insbesondere Ihrer E-Mail-Adresse, Ihrer Telefonnummer, sowie zum Erhalt von E-Mails und sonstigen elektronischen oder telefonischen Mitteilungen aus unserer Praxis für den oben angegebenen Umfang und Zweck geben.

Rechtsgrundlage für eine Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Ohne diese – jederzeit widerrufbare – Einwilligung wird eine Kontaktaufnahme wie vorstehend beschrieben nicht erfolgen. Wir verweisen darüber hinaus auf die Datenschutzerklärung der Praxis hin, die auf für diese Einwilligung in die Kontaktaufnahme auf Grundlage dieser Einwilligung gilt.

Einwilligungserklärung:

Ich bin Patient/in dieser Arztpraxis. Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass die Schildbergpraxis künftig befugt ist, meine vorgenannten persönlichen Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und in dem vorbeschriebenen Umfang auch zu nutzen, insbesondere mir an meine E-Mail-Adresse ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) Informationen zur Koordination meiner Behandlung zu schicken. Ich stimme daher hiermit insbesondere auch ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 15, 9 DSGVO, Gesundheitsdaten) per E-Mail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen für die oben genannten Zwecke durch die Arztpraxis zu.

Diese Einwilligung gilt so lange, bis ich der künftigen Nutzung meiner vorgenannten persönlichen Daten widerspreche oder meine Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe. Mir ist bewusst, dass im Falle eines solchen Widerspruchs bzw. Widerrufs künftig die Arztpraxis mir keine elektronischen Nachrichten in dem vorbeschriebenen Umfang mehr zukommen lassen wird.

Die Arztpraxis weist darauf hin, dass die schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Daher wird geraten, die Zugangsdaten zu meinem E-Mail-Postfach vertraulich zu halten, um unbefugten Dritten keinen Zugriff auf eingehende E-Mails der Arztpraxis zu ermöglichen.

Ich bin damit einverstanden, dass **Informationen an folgende nahestehende Personen** (z.B. Angehörige, Lebensgefährte/in) weitergegeben werden dürfen, nachdem telefonisch ihre Identität festgestellt wurde (**Name, Telefonnummer, Verwandtschaftsgrad**):

**Bitte nennen Sie uns mindestens einen der folgenden erwünschten Kommunikationswege
(Bitte markieren)**

E-Mail

Telefon

Datum

Unterschrift