

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patient:innen,

herzlich willkommen in unserer Hausarztpraxis in Dresden-Kaditz. Der Anamnesebogen dient dazu Ihren Gesundheitsstatus zu erfassen und folglich weitere Diagnostik- und Therapiemaßnahmen mit Ihnen abzustimmen. Bitte füllen Sie diesen daher vor der Arztkonsultation vollständig aus. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Bei Unklarheiten hilft Ihnen unser Praxisteam gern weiter.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Familienstand:

PLZ/Ort:

Beruf:

Telefon:

E-Mail:

Wie groß sind Sie?

cm

Wieviel wiegen Sie?

kg

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark ab- oder zugenommen? Wenn ja, wie viel?

Haben Sie Allergien? (z.B. Medikamente, Lebensmittel)

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Wenn ja, wie viel pro Tag und über welchen Zeitraum?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wie viel pro Tag?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Medikamentenname u. Wirkstoffstärke	Einnahmeschema (z.B. 1 - 0 - 1)

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?

Haben Sie eine Patientenverfügung?

Nehmen Sie an einem Vertrag zur hausärztlichen Versorgung (HzV) teil?

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, dann machen Sie bitte nach Möglichkeit ergänzende Angaben zur Erkrankung (genaue Diagnose, Dauer / Zeitraum).

Bluthochdruck:

Herzkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen):

Schlaganfall:

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):

Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, Asthma bronchiale):

Nierenerkrankungen:

Magen-/Darmerkrankungen (z.B. chronische Gastritis, chronische Darmerkrankung):

Schilddrüsenerkrankungen:

Rheumatische Erkrankungen:

Gicht:

Osteoporose:

Gefäßerkrankungen (z.B. pAVK):

Thrombosen / Blutungsstörungen:

Tumorerkrankungen:

Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose):

Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Migräne):

Psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen):

Augenerkrankungen:

Operationen/Unfälle:

Sonstige:

Sind in Ihrer Familie Erkrankungen wie z.B. Herz- /Nierenerkrankungen, Diabetes, Schlaganfall, Tumorerkrankungen, chronische Darmerkrankungen oder neurologische Erkrankungen bekannt?

Gibt es Informationen, die Sie uns noch mitteilen möchten?

Einverständnis zur Informationsweitergabe

Im medizinischen Bereich gilt die Schweigepflicht für alle Mitarbeiter. Um einen komplikationslosen Datenaustausch zu gewährleisten, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkasse) übermittelt werden. Ich darf telefonisch und via Mail von der Hausarztpraxis Dresden-Kaditz kontaktiert werden.

Ort, Datum

Patientenunterschrift