

ANAMNESEBOGEN

HAUSARZTPRAXIS DIANE BLUMERT, LÜTZNER STR. 145, 04179

LEIPZIG

Liebe Patientin, lieber Patient,

sie haben den Weg in unsere Praxis gefunden. Da wir Sie noch nicht kennen und trotzdem baldmöglichst eine gute Betreuung gewährleisten wollen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht!

Pat-Name: _____ geb: _____

Tel.Nr.: _____

Bitte ankreuzen/ausfüllen:

Raucher nein ja: ___ Zigg./Tag seit ca. ___ Jahren oder **Exraucher** seit _____

Größe: ___ cm **Gewicht:** ca. ___ kg

___ Glas **Alkohol**/Woche (z.B. ist 1 Glas = 1 kleines Bier / 1 Glas Wein / 1 Schnapsglas)

gelernter Beruf: _____ ausgeübte Tätigkeit: _____ mit ___ Stunden/Woche

Ich hatte eine/mehrere Operationen (welche?)

Ich hatte/habe eine Chemotherapie oder Strahlentherapie.

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein oder muss spritzen

Ich bin bei anderen Fachärzten in regelmäßiger Betreuung (welche?)

Ich habe einen Notfallausweis (z.B. bei Blutverdünnung, Allergie, Herzschrittmacher)

Ich habe einen Schwerbehindertenausweis: GdB Pflegegrad _____

Ich habe einen Organspendeausweis:

Ich habe eine **Patientenverfügung** **Vorsorgevollmacht** **Betreuung durch:**

Ich weiß nicht genau, ob ich mit meinen Impfungen auf dem aktuellen Stand bin

Ich habe Probleme mit:

dem Essen/ dem Appetit/ der Nahrungsaufnahme

dem Ein- oder Durchschlafen

der Psyche oder den Beziehungen zu anderen Menschen

Alkohol, Tabletten oder anderen Drogen

Schmerzen (Kopf, Rücken, Gelenke, Bauch...)

der Verdauung

dem Wasserlassen

dem Liebesleben (z.B. Potenzprobleme, Libidoverlust)

mit der Atmung

mit dem Stoffwechsel (z.B. Diabetes, Gicht, Cholesterin)

mit dem Kreislauf (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Herzfehler)

mit der Lunge (z.B. Asthma)

mit Allergien oder Unverträglichkeiten (z.B. Pollen-, Nahrungs- oder Medikamentenallergie)

mit der Haut

mit den Augen

mit anderen Körperteilen oder -funktionen (welche oben nicht genannt wurden)

Die letzte **Gesundheits-Vorsorgeuntersuchung (Check)** war ca. _____ oder noch nie?

Letzte **Krebsvorsorge** (Männer Frauen) war _____ oder noch nie?

Die letzte **Stuhluntersuchung** oder **Darmspiegelung** war _____ oder noch nie?

Gibt es Hinweise zu gesundheitlichen Risiken **innerhalb der Verwandtschaft**?

Darmkrebs Diabetes Herzinfarkte Lungenkrankheiten

andere Tumoren _____ Schlaganfall

Gicht Cholesterinerhöhung Nierenkrankheiten

anderes _____

Welche Angehörigen dürfen Auskünfte erfragen (z.B. Kindern, Partner, Nachbar)?

Wen sollen wir **im Notfall anrufen**? (Name/Tel):

Wem sollen wir **auf keinen** Fall irgendwelche Auskünfte erteilen (z.B. dem Exmann)?

Bisheriger Hausarzt war Dr. _____ in:

Einverständnis Befundübermittlung Patient: _____

Dürfen **Vorbefunde** beim bisherigen Hausarzt oder bei mitbehandelnden Ärzten **angefordert** werden?

Ja ___/Nein ___

Unterschrift:  _____

Dürfen die **Befunde** aus unserer Praxis an mitbehandelnde Ärzte **gesandt** werden?

Ja ___/Nein ___

Unterschrift:  _____

Hiermit erkläre ich, dass ich das dreiseitige Informationsblatt zum Behandlungsvertrag und **Datenschutz** gelesen habe. **Ich bin einverstanden**, dass die **Hausarztpraxis D. Blumert** alle erforderlichen persönlichen und medizinischen Daten zum Zwecke der Behandlung erheben und speichern darf, sofern dies für den Behandlungserfolg wichtig ist. Mir ist bewusst, dass auch Körpermaterialien, z.B. Blut, für Untersuchungen an Auftragslabore weiter gegeben werden und hiermit eine Datenweitergabe notwendig ist. Ich kann jederzeit schriftlich meine Einwilligung ganz oder teilweise widerrufen.

Name _____ Datum _____ Unterschrift  _____

Vielen Dank für ihre Mühe!!