



Anamnesebogen Praxis Dr. Helling

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Datum:

bitte geben Sie uns Ihre Personalien an und beantworten die nachstehenden Gesundheitsfragen.

Name:

Vorname:

geb.:

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Name der Krankenversicherung:

Privatversicherung

Standardtarif

Basistarif

Studentisch versichert

gesetzlich versichert

private Zusatzversicherung

Körpergröße _____ cm

Gewicht _____ kg

weiblich

männlich

divers

Hausarzt:

Bitte teilen Sie uns Ihr Anliegen mit:

Eigenanamnese: Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankungen, Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus/Stoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörung (erhöhte Cholesterinwerte) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Infektionskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Tbc o.a.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hauterkrankung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gicht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergien |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wenn ja, welche? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bestehende Erkrankung? |
| | | Sonstiges: |

Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?



Für Patientinnen: Sind sie schwanger? Nein Ja
 Geburten? Nein Ja Wann?

Vegetative Anamnese:

Appetitlosigkeit	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Schmerzen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Erschöpfung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Antriebslosigkeit	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Konzentrationschwäche	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Schlafstörungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Nachtschweiß	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Stuhlgang:	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> Verstopfung	<input type="radio"/> vermehrt
	<input type="radio"/> Durchfall	<input type="radio"/> mit Blut	<input type="radio"/> mit Schleim
Wasserlassen:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> häufiges Wasserlassen	
	<input type="radio"/> mit Schmerzen	<input type="radio"/> nachts > 1mal	
Durst	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> vermindert	<input type="radio"/> erhöht
Appetit	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> vermindert	<input type="radio"/> erhöht
Gewichtsveränderung:	<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Zunahme _____ kg in _____ Monaten	
		<input type="radio"/> Abnahme _____ kg in _____ Monaten	

Ihre Gewohnheiten:

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	Wie viele Zigaretten tägl.? _____ seit? _____
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> gelegentlich
Haben Sie viel Stress?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Schlafen Sie genügend?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	
Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	

Familienanamnese:

Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Schlaganfälle	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Stoffwechselstörung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Rücken-/ Gelenkerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Rheuma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Krebserkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Übergewicht	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja
Sonstiges		

Wer?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente und/oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche, wie oft?

Hatten Sie Krankenhausaufenthalte/ Operationen/ Unfälle? Nein Ja Wann?



Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung?

Sind Sie mit einer Übermittlung Ihrer Befunde einverstanden?

per FAX Ja Nein per Email Ja Nein (s. Wichtige Informationen)
per Post Ja Nein

Sind Sie mit einer Terminerinnerung einverstanden?

Telefon SMS email Post Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Google Jameda Sanego Facebook
 Zeitung Das Örtliche Auf Empfehlung von:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Praxis Dr.med. Dieter Helling

Bitte beachten Sie, dass wir nicht eingehaltene Termine, welche nicht wenigstens 48 Stunden vorher abgesagt werden, je nach Aufwand mit 80,00€ - 120,00€ in Rechnung stellen

Wichtige Informationen/ Einverständnis:

Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegenspricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich alle in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum

Unterschrift (Pat./ gesetzl.Vertreter)