

## Anamnesebogen für neue Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen.

Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit.

Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes. Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und Mitarbeit.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefon:	Handy:
E-Mail:	
Beruf:	
Größe:	Gewicht:

Bisheriger Hausarzt: .....

Behandelnde Fachärzte: .....

Haben Sie Allergien?            Nein             Ja

Gegen Medikamente?        Nein             Ja

Wenn ja, gegen welche? .....

Andere Allergien? .....

Rauchen Sie:    Nein             Ja    .... Zigaretten/pro Tag seit ..... Nicht mehr seit .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel: .....

Bisherige Operationen (falls ja, wann und welche):

.....  
.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter                    Nein             Ja

Darmspiegelung                Nein             Ja

Impfpass vorhanden:        Nein             Ja

Dauernde Medikamente (falls vorhanden, bitte Medikationsplan beilegen):

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

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- |                                                   |                                                              |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankung           | <input type="checkbox"/> Glaukom                             |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Asthma / COPD                       |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck            | <input type="checkbox"/> Schlaganfall                        |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm                 | <input type="checkbox"/> Gemütskrankheiten/Nervenkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen        | <input type="checkbox"/> Arthrose / Rheuma                   |
| <input type="checkbox"/> Thrombose                | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle                       |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung          | <input type="checkbox"/> andere Vorerkrankungen:             |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen |                                                              |

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen auf?

- |                                        |                                         |                                            |                                             |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung   | <input type="checkbox"/> Allergie           |
| <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> Schlaganfall   | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Demenz / Alzheimer |

Wohnsituation: <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Partner <input type="checkbox"/> mit Familie <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Seniorenheim
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad ..... Schwerbehinderung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB in % .....
Patientenverfügung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie mir hier mitteilen möchten?

.....

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!**

**Bitte denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen einen Termin am selben Tag.**

Dürfen wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge erinnern?

- ja  nein

***Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung***

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

.....  
Datum, Unterschrift