

Name: _____ geb. am: _____

Vorname: _____

ggf. Name d. Hauptversicherten: _____

Wohnort (PLZ, Straße, Nr.): _____

Telefon: _____

Erlerner Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Die Erhebung von Gesundheitsdaten sowie die Beantwortung der folgenden Fragen ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Das Ausfüllen dieses Formulars ist freiwillig.



Anamnesebogen

Wir übermitteln Ihre personengebundenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Abs. 2 lit.h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs.1. Nr.1.lit b) Bundesdatenschutzgesetz von 2018.

Hiermit bitten wir Sie um Ihr Einverständnis, dass im Krankheitsfall ein, von Frau Dr. Kahl beauftragter ärztlicher Praxisvertreter, die Behandlungsunterlagen einsehen darf.

nein ja

Fragebogen zur Krankenvorgeschichte

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir bitten Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Sie dienen der Klärung des Krankheits- und Beschwerdebildes und erleichtern unser anschließendes Gespräch. Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einzelner Fragen haben, helfen wir Ihnen gern. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie unterliegen der Schweigepflicht gemäß § 203 StGb. sowie den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung und dienen ausschließlich dazu, die Behandlung ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Allgemeine Fragen – bitte ankreuzen / ausfüllen:

Größe: _____ Gewicht: _____

Familienstand:

- alleinlebend
 verheiratet oder eheähnliche Gemeinschaft
 verwitwet
 geschieden

Kinder nein ja

Raucher nein ja

wieviel _____ pro Tag; seit _____

Alkohol nein gelegentlich regelmäßig

was, wieviel (z.B. Bier, Wein, Schnaps) _____

Drogen nein ja

welche: (z.B. Haschisch, LSD) _____

Leiden Sie an **Allergien / Unverträglichkeiten**?

z.B. Pollen, Hausstaub, Nahrungsmittel, Tierhaare, Pflaster, Jod, Medikamente / Antibiotika

Treiben sie regelmäßig Sport? nein ja

welche Sportart? _____

wie oft? _____

Andere Bewegung oder Gartenarbeiten _____

Besitzen Sie einen **Impfpass**? nein ja

Wann waren Ihre letzten Impfungen? _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerlandern, in Asien oder in den Tropen?

Bei wem in Ihrer Familie sind Krankheiten bekannt?

- Hoher Blutdruck _____
 Herzinfarkt _____
 Schlaganfall _____
 Zuckerkrankheit _____
 Gicht _____
 Übergewicht _____
 Lungenerkrankungen _____
 Asthma / COPD _____
 Tuberkulose _____
 Schilddrüsenerkrankungen _____
 Rheuma _____
 Nerven- und Gemütskrankheiten _____
 Epilepsie _____
 Krebsleiden _____
Darmkrebs _____
Brustkrebs _____
 Sonstige _____

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten

- Abführmittel
 Beruhigungsmittel
 Schlafmittel
 Schmerzmittel
 Vitamine / Mineralstoffe
 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?
Dosierung?

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

Kinderkrankheiten

- Röteln
- Masern
- Mumps (Ziegenpeter)
- Scharlach
- Windpocken
- Keuchhusten
- Diphtherie
- Rachitis

Infektionskrankheiten

- Typhus / Paratyphus / Ruhr
- Ansteckende Gelbsucht
- Tuberkulose
- Rheumatisches Fieber
- Geschlechtskrankheiten

Stoffwechselkrankheiten

- Diabetes mellitus
- Erhöhte Blutfette
- Gicht
- Schilddrüsenkrankheiten

Hals-Nasen-Ohren / Augen-Krankheiten

- Grüner Star
- Grauer Star
- Sehstörungen (Brille)
- Nasennebenhöhlenentzündungen
- oft Nasenbluten
- Heuschnupfen
- Mandelentzündungen
- Polypen
- Zahnfleischbluten
- Zahnersatz
- Knirschen
- Mittelohrentzündungen
- Schwerhörigkeit

Knochen- / Gelenkerkrankungen

- Wirbelsäulenkrankheiten
- wiederholter Hexenschuss
- Bandscheibenschaden
wo? _____
- Gelenkbeschwerden:
welche? _____
- Rheuma
- Knochenbrüche
wo? _____

Herz- und Gefäßerkrankungen

- Niedriger Blutdruck
- Hoher Blutdruck (seit wann?) _____
- Herzfehler
- Herzschmerzen
- Herzrhythmusstörungen
Herzstolpern
- Herzschrittmacherträger
- Herzinfarkt (wann?) _____
- Koronare Herzkrankheit
- Schlaganfall (wann?) _____
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Krampfadern
- Thrombose (wann?) _____
- Wadenkrämpfe
- offene Beine

Lungenerkrankungen

- Lungenentzündung
- häufig Bronchitis
- Asthma

Baucherkrankungen

- Magenbeschwerden
- Gehäuftes Sodbrennen
- Völlegefühl / Blähungen
- Gastritis
- Magen / Zwölffingerdarmgeschwür
- chronische Darmentzündung
- Lebererkrankungen
- Gelbsucht
- Gallensteine
- Bauchspeicheldrüsenkrankheiten
- Verstopfung
- gehäufte Durchfälle
- Hämorrhoiden

Sonstige Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen:

- Hautkrankheiten
- Schwindel
- übermäßige Schweißneigung
- Blutkrankheiten
- Krampfanfälle
- nervöse Beschwerden
- Stimmungsschwankungen Psychotherapien?
- Schlafstörungen
- Kopfschmerzen / Migräne
- andere Krankheiten _____

Nieren- und Unterleibs- erkrankungen

- Blasenentzündungen
- Nierenentzündungen
- Blasen-/Nierensteine
- Blutiger Urin
- Pilzkrankungen
- Frauenerkrankungen
- Leistenbruch
- nächtliches Wasserlassen

nur für weibliche Patienten

erste Regelblutung _____
 Regeldauer /-Stärke _____
 Schmerzen, unregelmäßig _____
 Anzahl Schwangerschaften _____
 Anzahl Entbindungen _____
 Fehlgeburten _____
 Wechseljahre, Beginn? _____
 Erkrankungen der Brüste _____
 Operationen _____
 Empfängnisverhütung
 Pille Spirale
 Hormonpräparate? _____

nur für männliche Patienten

- Prostataleiden
- Hodenerkrankungen
- Erektionsstörungen

Mitbehandelnde Fachärzte

Fachrichtung, Name

Bisherige Krankenhausaufenthalte / Operationen

Wann	Weshalb
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Einverständnis des Patienten

hiermit stimme ich zu, dass mich meine Ärztin an Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen erinnern darf:

- per Brief
- per Telefon
- per SMS

 Datum und Unterschrift des Patienten