



## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihren Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus! Besprechen Sie offene Fragen – falls erforderlich – mit Ihren Angehörigen. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

### Persönliche Daten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Familienstand:

verheiratet     verwitwet     ledig     in Beziehung lebend

Kinder:

Beruf:

**Kontaktdaten:**    Telefon / Handy:

Mail:

### Gesundheitsfragen

**Größe:**    \_\_, \_\_ m

**Gewicht:**    \_\_ kg

**Allergien:**     nein     ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Arzneimittelunverträglichkeit:**     nein     ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ernährung:**     Mischkost     vegetarisch     vegan

**Eigene Erkrankungen / Operationen:**

- Bluthochdruck     Herzinfarkt     Schlaganfall     Herzrhythmusstörung  
 Nierenschwäche     Thrombose     Lungenembolie     Blutgerinnungsstörung  
 Grauer Star     Grüner Star     Schilddrüse     Lebererkrankung

psychische Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

Krebserkrankung(en): \_\_\_\_\_

Operationen:     Schilddrüse     Blinddarm     Gallenblase

andere: \_\_\_\_\_

**Welche Fachärzte besuchen sie regelmäßig?**

- Kardiologe     Orthopäde     Nephrologie     Endokrinologe  
 Diabetologie     Augenarzt     Urologe     Gynäkologe

andere \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung ein?**

	Präparat	Dosis		Präparat	Dosis
1			5		
2			6		
3			7		

**Kinderkrankheiten:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Masern                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Windpocken/Feuchtblattern/Wasserpocken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Keuchhusten                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mumps/Ziegenpeter                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Scharlach                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Röteln                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Vorsorge:**

Haben Sie einen kompletten Impfschutz?  Ja  Nein

Bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit!

Letzte Vorsorge-Untersuchung (Check up 35 o.ä.)? \_\_\_\_\_

Letzte Hautkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Letzte Darmkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Letzte Prostatakrebs-Vorsorge (falls zutreffend)? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein

Sportart(en): \_\_\_\_\_ h / Wo.

**Familiäre Erkrankungen (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante):**

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja  bei wem? \_\_\_\_\_

Blutzuckerkrankheit ja  bei wem? \_\_\_\_\_

Schlaganfall ja  bei wem? \_\_\_\_\_

Krebserkrankung ja  bei wem? \_\_\_\_\_

Welche Art? \_\_\_\_\_

(Wenn möglich, bitte immer das Alter bei Erkrankungsbeginn angeben!)

**Nikotin / Alkohol:**

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Haben Sie mal regelmäßig geraucht?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Zigaretten / Pfeifen / Zigarren pro Tag über/ seit \_\_\_\_\_ Jahre(n)

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein

Wenn ja, Bier: täglich  wöchentlich  gelegentlich  Menge: \_\_\_\_\_

Wein: täglich  wöchentlich  gelegentlich  Menge: \_\_\_\_\_

Spirituosen: täglich  wöchentlich  gelegentlich  Menge: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Drogen?  Ja  Nein

Haben Sie Drogen konsumiert?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns Ihre Vorstellung, wie Sie behandelt werden möchten:**

Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.

Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

## Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs.1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KV Sachsen oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Labor, etc.) durch die oben genannte Praxis zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von der Schweigepflicht entbunden wird

und Auskünfte oder Berichte über mich an mitbehandelnde Fachärzte und Krankenhäuser, meine Krankenkasse, das Gesundheitsamt, der Deutschen Rentenversicherung sowie an folgende von mir bestimmte Personen (Vorname, Nachname) bzw. Institutionen

---

weitergeben darf.

An folgende Personen (Vorname, Nachname), Apotheken, Pflegeheime/Dienste bzw. Institutionen dürfen von mir bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abgegeben bzw. versendet werden:

---

Ich bin damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde.

Meine patientenbezogenen Daten verbleiben in meiner Patientenakte und werden möglicherweise länger als 10 Jahre aufbewahrt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 Satz 2 DSGVO)

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!