

Anamnese

Sehr geehrte Patienten!

Ihre Krankenvorgeschichte hilft uns bei Ihrer Behandlung. Bitte füllen Sie den Anamnesebogen vollständig aus.

Name, Vorname:	Datum:
Geburtsdatum:	Beruf:
Adresse:	Krankenkasse:
Größe:	Gewicht:
Tel.:	Bisheriger Hausarzt
E-Mail-Adresse:	

1. Jetzige Beschwerden: _____

2. Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten?

- a) Typhus/Para-Typhus/Ruhr
 - b) Tuberkulose (Tbc)
 - c) Grüner Star, Glaukom
 - d) Oft Nasen-Nebenhöhlenentzündungen
 - e) Schilddrüsenerkrankungen
 - f) Lungenerkrankungen
- Welche ? _____

g) Allergien
Welche? _____

- h) Hoher Blutdruck
- i) Schlaganfall, Lähmungen
- j) Herzinfarkt
- k) Andere Herzkrankheiten oder Gefäßleide
- l) Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose Offene Beine
- m) Magen- oder Darmerkrankungen
- n) Leber- oder Gallenerkrankungen
- o) Nieren- oder Blasenerkrankungen
- p) Prostataerkrankungen
- q) Gehäuftes od schwieriges Wasserlassen
- r) Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane
- s) Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane
- t) Erkrankungen nach Sexualkontakt
- u) Nervöse Beschwerden, Depressionen
- v) Epilepsie
- w) Zuckererkrankung
- x) Gicht
- y) Rheumatische Erkrankungen
- z) Fibromyalgie
- aa) Wirbelsäulenerkrankungen und Schäden
- bb) Kriegsverletzungen, Arbeitsunfälle
- cc) Bluterkrankungen
- dd) Krebs
- ee) Andere Erkrankungen ?

3. Operationen

4. Röntgen

5. Auslandsaufenthalte der letzten 12 Monate

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, inklusive Hormone

7. Suchterkrankungen, welche?

8. Sport

9. Chronische Erkrankungen im engen Familienkreis

Blatt bitte wenden

Berufsanamnese:

Arbeitgeber:

Beruf/Tätigkeit:

Arbeitszeit wöchentlich:

Tätigkeit überwiegend: (bitte ankreuzen) körperlich/sitzend/stehend/geistig

Schweigepflichtentbindungserklärung

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich das Team der Ärztlichen Gemeinschaftspraxis

von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen meines Vertrauens

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

und erkläre mich damit einverstanden, dass diese Personen, Unterlagen (Rezepte, Befunde) in meinem Auftrag erhalten dürfen.

Hiermit bestätige ich, die Datenschutzerklärung gelesen zu haben und erkläre mich damit einverstanden.

Diese Schweigepflichtentbindung gilt bis auf Widerruf.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. des Betreuers)