

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Angehörige,

damit wir uns auf Ihren Besuch vorbereiten können, bitten wir Sie bei Ihrem ersten Praxisbesuch um die Beantwortung einiger Fragen. Wir danken Ihnen bereits im Voraus für Ihre Mitarbeit.

Name, Vorname: _____

Tel.nr.: _____

Beruf _____

Hausarzt, überweisender Arzt _____

Welche Erkrankungen, insbesondere neurologische, sind bei Ihnen bekannt?

Leiden Sie an

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Hohen Blutfetten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja(welche)
Leber - oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja(welche)
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja(welche)

Andere Erkrankungen (z.B. Lunge, Verdauungsorgane, Wirbelsäule und Gliedmaßen sowie Infektionskrankheiten)

Allergien:

Aktuelle Medikamenteneinnahme:

Medikationsplan liegt vor wenn nicht, bitte ausfüllen

Name	Einnahmehäufigkeit

Größe: _____ **cm** **Gewicht:** _____ **kg**

Rauchen Sie? **Wenn ja wieviel?** _____

Trinken Sie täglich Alkohol? Wenn ja wieviel? _____

Sind Sie aktuell krankgeschrieben?

Nein Ja Falls ja, bitte beantworten Sie weiter:

Arbeitsunfähig seit durch wen..... weshalb

Pflegegrad? vorhanden / beantragt Wenn Ja welche?

Grad der Behinderung? vorhanden / beantragt Wenn Ja welcher?

Hilfsmittel vorhanden? _____

Besitzen Sie eine Vorsorgevollmacht? Nein Ja Falls ja bitte beantworten Sie weiter

Name Vorsorgebevollmächtigter _____

Werden Sie gesetzlich betreut? Nein Ja Falls ja bitte beantworten Sie weiter

Name Betreuer? _____

Wer darf Informationen erhalten, Befunde abholen oder Rezepte beauftragen:

Namen: _____

Ich bin einverstanden, dass meine Untersuchungsergebnisse an meinen Hausarzt oder überweisenden Facharzt weitergegeben werden. Des Weiteren bin ich mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden. Ich erteile die Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für künftige Datenlieferungen gültig ist.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweise zum Datenschutz finden Sie im dazugehörigen Flyer im Wartebereich.

Patienteninformation zum Datenschutz/ Datenfreigabe erhalten:

Freital, den _____

Unterschrift