

## ANAMNESE



Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....@.....

Anschrift: .....

Name & Anschrift Hausarzt: .....

Familienstand: ..... Kinder: ..... Beruf/Tätigkeit: .....

Nächster Angehöriger mit Telefonnummer und Anschrift: .....

.....

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? Ja  Nein

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? (bitte ankreuzen)

Lungenerkrankungen:

- Lungen-/Rippenfellentzündung
- Bronchitis
- Asthma
- COPD

Allergien:

- Heuschnupfen
- Bindehautentzündung
- Hautausschlag
- Medikamentenunverträglichkeit
- Kontrastmittel
- Sonstige .....

Hals-Nasen-Ohren-Augen-Krankheiten:

- grüner, grauer Star
- Sehstörungen
- Infekt letzten 2-3 Wochen
- Nasen-Nebenhöhlenentzündung
- Nasenbluten

Nieren- und Geschlechtskrankheiten:

- Blasenentzündungen
- Nierenentzündungen
- Prostataleiden
- Frauenkrankheiten

Knochen- und Gelenkerkrankungen

- Knochenbrüche
- Bandscheibenschaden
- Gelenkbeschwerden - wo: .....
- Rheuma - wo: .....
- Sonstige .....

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- hoher Blutdruck
- hohe Blutfette
- Zuckerkrankheit / Diabetes
- Herzinfarkt
- Krebs, Tumorleiden

Herz- und Gefäßerkrankungen

- hoher Blutdruck seit wann? .....
- niedriger Blutdruck
- Schlaganfall wann? .....
- Herzinfarkt wann? .....
- Vorhofflimmern
- Rhythmusstörungen
- Durchblutungsstörungen der Beine
- Krampfadern
- Thrombose
- Schrittmacher / Defi
  - Biotronik  Medtronic
  - Boston Scientific  St. Jude Medica

Baucherkrankungen:

- Gallensteine
- Gelbsucht
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankung
- Sonstige .....

Stoffwechselerkrankungen:

- Zuckerkrankheit / Diabetes  Typ 1  Typ 2
- Gicht
- erhöhte Blutfette / Cholesterin
- Schilddrüsenerkrankungen

Sonstige Erkrankungen:

- Epilepsie
- Migräne
- Hautkrankheiten
- Blutkrankheiten, z.B. Blutarmut
- Blutgerinnungsstörungen
- Krebs, Tumorleiden
- Infektionskrankheiten
- .....
- Hepatitis A  Hepatitis B  HIV

BITTE WENDEN >

**Bisherige Krankenhausaufenthalte:**

Wann	Wo	Warum

**Allgemeine Fragen:**

Körpergröße ..... cm                      Gewichtszunahme in der letzten Zeit /wie viel ..... kg  
Körpergewicht ..... kg                      Gewichtsabnahme in der letzten Zeit /wie viel ..... kg  
Nachtschweiß      Ja     Nein

**Wie ist Ihr Appetit?**

normal                       Heißhunger                       Appetitlosigkeit                       Widerwillen gegen bestimmte Speisen

**Wieviel trinken Sie pro Tag?** ..... Liter

**Wasserlassen?**

normal                       vermehrt                       nachts                       vermindert

**Wie ist Ihr Stuhlgang?**

regelmäßig                       Durchfälle                       Verstopfung

**Rauchen Sie?**

Ja    Wie viel pro Tag: .....    seit wann? .....                       Nichtraucher                      seit wann? .....

**Alkohol / Drogen?**

Was: .....    wie viel? .....                       kein Alkohol oder Drogen    seit wann? .....

**Medikamente – Bitte alle Medikamente mit Stärke und Häufigkeit**

(z.B. ASS 100mg 3x) auflisten, auch Insulin, Lungensprays und Bedarfsmedikation)

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

**Gibt es Medikamente, die Sie nicht vertragen haben?**

**Patienteninformation zum Datenschutz nach der DSGVO**

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die unserer Ärzte, unserer medizinischen Fachangestellten, Praxisassistenten oder Auszubildende zum medizinischen Fachangestellten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Therapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie hiermit einwilligen. Wir weisen Sie darauf hin, dass wir personenbezogene Daten (z.B. Befunde) an Sie nicht per e-mail oder Fax versenden können.

Für weitere Information besuchen bitte Sie unsere Homepage [www.mvz-weinrich.de](http://www.mvz-weinrich.de) oder informieren Sie sich im Wartezimmer an unserer Informationstafel. Wollen Sie, dass Angehörige Dokumente (z.B. Rezepte) für Sie in der Praxis abholen, benötigen wir hierzu eine Vollmacht von Ihnen. Einen Vordruck stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Dieser Datenschutzeinwilligung können Sie jederzeit widersprechen.

*„Sind bei mir aus medizinischer Sicht Untersuchungen mit einem technisch hochwertigen Gerät erforderlich, verpflichte ich mich, den vereinbarten Termin strikt einzuhalten. Sollte wider Erwarten etwas dazwischenkommen, werde ich rechtzeitig – mindestens jedoch 48 Stunden vor dem Termin – absagen. Bei unentschuldigtem Fehlen kann mir die Untersuchung in Rechnung gestellt werden. Bei Bedarf stimme ich einer telefonischen Befundübermittlung an mich persönlich in der Zeit von 7:00 bis 21:00 Uhr zu.“*

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine Angaben und die Datenschutzvereinbarung.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift