

Allgemeine Anamnese und Einverständniserklärung

Name: _____ geb: _____ Geburtsname: _____
Allergien/ Unverträglichkeiten: _____
Größe: _____ Gewicht: _____

Vorerkrankungen **BITTE ZUTREFFENDES ankreuzen**

Herzerkrankungen

- Bluthochdruck
- Herzklappenfehler/ Herzschwäche
- Herzrhythmusstörungen (Schrittmacher/ Defibrillator)
- Voroperationen/ Herzkatheter (Wann/ Wo?)
- Koronare Herzkrankheit/ Herzinfarkt

Lungenerkrankungen

- COPD /Asthma
- Lungenentzündungen /Tuberkulose/ Mukoviszidose/ Pneumothorax
- Voroperationen (Wann/ Wo?)
- Lungenfibrose

Niere/Blase

- Nierenschwäche/ Dialyse
- Entzündungen/ Fehlbildungen/ Nierensteine/ Inkontinenz
- Voroperationen (Wann/ Wo?)

Magen-Darm-Trakt

- Sodbrenne/ Geschwüre
- entzündliche Darmerkrankungen (Crohn, Colitis)/ Divertikel (Darmausstülpungen)
- Hepatitis (Leberentzündung) / Leberzirrhose/ Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Voroperationen (Wann/ Wo?)

Tumorerkrankungen

nein ja, folgende (Wann? Welche Therapien?) :

Stoffwechsel/ Blutgerinnungserkrankungen/ Autoimmunerkrankungen

- Diabetes
- Fettstoffwechselstörungen
- Thrombose/ Embolie
- Infektionserkrankungen z.B. HIV
- Sonstiges
- Schilddrüsenfunktionsstörungen
- erhöhte Blutungsneigung
- Kollagenosen z.B. Lupus/ Rheuma

Neurologische Erkrankungen

- Schlaganfall
- Krampfanfälle/ Nervenstörung der Beine/Arme
- Sonstiges / Voroperation (Wann/ Wo?)
- Multiple Sklerose

Psychiatrische Erkrankungen

- Angststörung/ Depression/ Essstörung/ Psychose
- ambulante/ stationäre Therapie (Wann/ Wo?)

Erkrankungen/Voroperationen (Wann/ Wo?):

- der Gelenke oder der Wirbelsäule
- der Augen
- der Haut
- der Geschlechtsorgane

In der Familie bekannte Herzkreislaufkrankungen/ Stoffwechsel-/ Blutgerinnungs-/ Autoimmunerkrankungen/ Tumorerkrankungen/ neurologische Erkrankungen:

Suchtmittel

Rauchen wenn ja, wieviel (ggf. früher?) ->
Drogen wenn ja, welche (ggf. früher?) ->

Alkohol -> nein / wenn ja, wieviel ->

Soziale Anamnese

- Wohnen sie allein / mit Partner/ mit Familie

Kinder, geb. Jahr:

- Beruf:

- Pflegegrad: Schwerbehindertengrad:

Hilfsmittel z.B. Rollator:

- Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht/Organspendeausweis vorhanden?

Sofern für sie relevante Vorerkrankungen bisher nicht erfragt wurden, dürfen sie diese gerne hier auflisten:

Aktuelle Medikation (auch Bedarfsmedikation) bitte hier aufschreiben, sofern kein Medikamentenplan dabei:

- 1)
- 2)
- 3)

ggf. auch Extrablatt ergänzen, falls Platz nicht ausreichend

Ihr Interesse an **Vorsorgen (bitte Zutreffendes wieder ankreuzen)**

- Check up Untersuchung (ab 35 J., alle 3 Jahre/ HzV alle 2 Jahre), **wann war die letzte?**
- Hautkrebsvorsorge (alle 2 Jahre ab 35 J.), **wann war die letzte?**
- Darmkrebsvorsorge (Stuhltest iFOBT - ab 50J), **wann zuletzt ifobt oder Darmspiegelung?**
- Prostatakrebsvorsorge ab 45J(ggf. PSA Wert Bestimmung als Selbstzahlerleistung), **wann zuletzt?**
- neu: Bauchaortenaneurysma Vorsorge (Ultraschall für Männer ab dem 65. Lebensjahr), **erfolgt?**
- Beratung und Durchführung von Impfungen erwünscht?

Aktuelle Beschwerden:

Seit wann genau? Wo? Auslöser? Lokalisation?

Einwilligung zur Verarbeitung/Übermittlung von Patientendaten

Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Behandlungsverhältnisses Fr. A. Wolter (LANR 099046301) mich betreffende Behandlungsdaten/Befunde/Verordnungen bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten/medizin. Leistungserbringern(Kliniken, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher und vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung auf gesichertem Wege anfordern bz. übermitteln darf.

Berechtigung Dritter: Ich willige des Weiteren ein, dass nachfolgend genannte Dritte Daten und Verordnungen übergeben werden dürfen, so dass die ärztl. Verschwiegenheit und datenschutzrechtliche vertraulichkeit nicht gilt gegenüber:

Bezugspersonen mit Telefonnummer:

Mir ist bewusst, sofern die o.g. Personen in der Praxis nicht persönlich bekannt sind, dass ein Identitätsnachweis gefordert werden kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift