

## Anamnesebogen

Pat. Nr. \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

### Kreuzen sie bitte zutreffendes an:

- |  | Ja  | Nein |
|--|-----|------|
| 1. Haben Sie häufig <b>Kopfschmerzen</b> ?               | ___ | ___  |
| 2. Haben Sie häufig oder gelegentlich <b>Schwindel</b> ? | ___ | ___  |
| 3. Haben Sie häufig <b>Magenschmerzen</b> ?              | ___ | ___  |
| 4. Haben Sie häufig <b>Rückenschmerzen</b> ?             | ___ | ___  |
| 5. Haben Sie häufig <b>Gelenkschmerzen</b> ?             | ___ | ___  |
| 6. Schlafen Ihnen häufig die <b>Hände</b> ein?           | ___ | ___  |
| 7. Schlafen Ihnen häufig die <b>Füße</b> ein?            | ___ | ___  |
| 8. Leiden Sie unter <b>Schlafstörungen</b>               | ___ | ___  |
| <b>Durchschlafstörungen?</b>                             | ___ | ___  |
| <b>Einschlafstörungen?</b>                               | ___ | ___  |
| 9. Wachen Sie morgens <b>sehr früh</b> auf?              | ___ | ___  |
| 10. Sind Sie häufig innerlich <b>unruhig u nervös</b> ?  | ___ | ___  |
| 11. Sind Sie häufig <b>müde</b> und <b>energielos</b> ?  | ___ | ___  |
| 12. Haben Sie ein <b>Ohrgeräusch</b> ?                   | ___ | ___  |
| 13. Haben Sie <b>Konzentrationsstörungen</b> ?           | ___ | ___  |
| 14. Können Sie sich Dinge <b>nicht so gut merken</b>     | ___ | ___  |
| und müssen diese aufschreiben?                           | ___ | ___  |
| 15. Haben Sie Durchfälle und Blähungen?                  | ___ | ___  |

Ja      Nein

16. Haben Sie **Herzstolpern/Herzrasen**?

—      —

17. Haben Sie **Ängste**?

—      —

**18. Was ist Ihre Hauptbeschwerde? (WICHTIG! bitte ausfüllen)**

---

---

---

## Vorerkrankungen

Leiden sie an irgendeiner nachfolgend genannten Erkrankung, bitte ankreuzen!

Asthma bronchiale	ja	nein
Herzrhythmusstörung	ja	nein
Epilepsie	ja	nein
Tumorerkrankung	ja	nein
Bandscheibenvorfall	ja	nein
Zuckerkrankheit	ja	nein
Hoher Blutdruck	ja	nein
Schlaganfall	ja	nein
Herzinfarkt	ja	nein
Rauchen Sie	ja	nein

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Was für **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit **regelmäßig** ein

	<u>Name</u>	<u>Dosis</u>	<u>wie oft pro Tag</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____

**Möchten Sie, dass ein Bericht an den Hausarzt übersandt wird:**

**Ja** \_\_\_\_\_

**Nein** \_\_\_\_\_

**Wenn ja, bitte geben Sie die Adresse des Hausarztes hier an:**

---

---

**Einverständniserklärung  
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten  
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

a) mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

b) der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ja**  
 ggf. weitere Fachärzte \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nein, keine Berichte erwünscht!**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.