

Anamnesebogen

Pat. Nr. _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heutiges Datum: _____

Kreuzen sie bitte zutreffendes an:

- | | Ja | Nein |
|--|-----|------|
| 1. Haben Sie häufig Kopfschmerzen ? | ___ | ___ |
| 2. Haben Sie häufig oder gelegentlich Schwindel ? | ___ | ___ |
| 3. Haben Sie häufig Magenschmerzen ? | ___ | ___ |
| 4. Haben Sie häufig Rückenschmerzen ? | ___ | ___ |
| 5. Haben Sie häufig Gelenkschmerzen ? | ___ | ___ |
| 6. Schlafen Ihnen häufig die Hände ein? | ___ | ___ |
| 7. Schlafen Ihnen häufig die Füße ein? | ___ | ___ |
| 8. Leiden Sie unter Schlafstörungen | ___ | ___ |
| Durchschlafstörungen? | ___ | ___ |
| Einschlafstörungen? | ___ | ___ |
| 9. Wachen Sie morgens sehr früh auf? | ___ | ___ |
| 10. Sind Sie häufig innerlich unruhig u nervös ? | ___ | ___ |
| 11. Sind Sie häufig müde und energielos ? | ___ | ___ |
| 12. Haben Sie ein Ohrgeräusch ? | ___ | ___ |
| 13. Haben Sie Konzentrationsstörungen ? | ___ | ___ |
| 14. Können Sie sich Dinge nicht so gut merken | ___ | ___ |
| 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	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

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.