

Anamnesebogen

Liebe Patienten,
willkommen in der Praxis Grinshpan.

Wir freuen uns, dass Sie uns Ihre Gesundheit anvertrauen!

Unser Ziel ist es, Ihnen eine bestmögliche und individuelle Beratung und Behandlung anzubieten. Deshalb möchten wir Sie bitten, sich den Moment Zeit zu nehmen, diesen Fragebogen sorgfältig zu lesen und so genau wie möglich auszufüllen.

Gerne besprechen wir die wesentlichen Fragen und Antworten gleich noch einmal ausführlich mit Ihnen.

Die folgenden Fragen dienen ausschließlich der Optimierung Ihrer Behandlung.

Deshalb möchten wir Sie bitten auch künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Anschrift mitzuteilen.

Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Persönliche Angaben

Kontaktdaten des Patienten

Nachname *

Vorname *

Geburtsdatum *

Straße/Hausnummer *

Postleitzahl *

Wohnort *

Telefon (privat) *

Handy

E-Mail

Beruf

Arbeitgeber

Telefon (beruflich)

Gewicht (in kg): *

Größe (in cm): *

Anzahl der Kinder

Anzahl der Schwangerschaften

Anzahl der Geburten _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? *

- | | |
|---|---|
| ☐ über Internet (Google oder eine andere Suchmaschine) | ☐ über Jameda |
| ☐ über eine Empfehlung (Freunde, Familie, etc.) | ☐ über Facebook oder Instagram |
| ☐ über einen Flyer | |
| ☐ Sonstiges | _____ |

2. Ihr Anliegen

Was ist der Grund Ihres Praxisbesuches? *

- | | | | |
|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ akute Erkrankung | ☐ chronische Erkrankung | ☐ Schmerzen | ☐ Vorsorge |
| ☐ Andere: | _____ | | |

Beschreibung Ihrer Beschwerden: *

Seit wann haben Sie die Beschwerden und wann treten diese auf? *

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ seit heute | ☐ seit gestern | ☐ seit ein paar Tagen |
| ☐ seit ein paar Wochen | ☐ seit Monaten | ☐ seit Jahren |
| ☐ von Geburt an | | |

Wie stark würden Sie Ihre Beschwerden auf der Skala beurteilen?

0 = kein Schmerz | 10 = stärkster Schmerz

3. Gesundheitsfragen

Alkoholkonsum *

- | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ überhaupt keinen | ☐ selten | ☐ regelmäßig | ☐ täglich |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|

Welche Art (ca. Gläser/Tag): *

Rauchen *

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ nie geraucht | ☐ früher geraucht | ☐ rauche immer noch |
|---------------------------------------|--|--|

Wie viele Zigaretten täglich: *

Andere Mittel

- | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|
| ☐ Anabolika | ☐ Aufputzmittel | ☐ Drogen |
| ☐ Andere: | _____ | |

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? *

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ ja, welche? | ☐ nein |
|--------------------------------------|-------------------------------|

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzerkrankungen | ☐ Cholesterinerhöhung |
| ☐ Zuckerkrankheit | ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Lungenerkrankungen |
| ☐ Sonstige Erkrankungen | _____ | |

Welche Operationen hatten Sie und in welchem Jahr?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? *

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ nein | ☐ ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Sind Sie allergisch gegen

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| ☐ Antibiotika | ☐ Aspirin | ☐ Sonstige Medikamente |
| ☐ Blütenstaub | ☐ Tierhaare | ☐ Hausstaubmilben |
| ☐ Nahrungsmittel | ☐ Metalle | ☐ Kontrastmittel |
| ☐ Pflaster | | |
| ☐ Sonstiges | _____ | |

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? *

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ nein | ☐ ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Zahnimplantate-/stifte? *

☐ nein ☐ ja

6. Schweigepflicht/Datenschutz

Gemäß der ärztlichen Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r weiterbehandelnden/r Facharzt/-ärztin ggf. auch Ihren überweisenden Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind?

Sie können diese Willensäußerung jederzeit widerrufen bzw. ändern. Wir bitten in diesem Fall um schriftliche Mitteilung.

Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis D. Grinshpan, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in