

# Patientenanamnesebogen

Name:	Titel:	Vorname:
Geburtsdatum:		
Straße		Nr.:
PLZ:		Ort
Telefon:		Fax:
Mobilnummer:		<u>E-Mail</u>
Krankenversicherung:		Zusatzversicherung: Ja <input type="checkbox"/> , welche _____ Nein <input type="checkbox"/>
Hauptversicherter?		Hausarzt?

Größe:	Gewicht:		
♀ erste Regel (Menstruation), Alter: _____  letzte Regel (Menstruation), Alter: _____	Zyklusstörungen: <input type="checkbox"/> Ja, welche? _____  <input type="checkbox"/> Nein		
♀ Hatten Sie Schwangerschaften (Anzahl)?	Ja <input type="checkbox"/> _____ Nein <input type="checkbox"/>		
♂ Anzahl der gezeugten Kinder _____			
Sind Sie Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/> ?			
Sind Sie Vegetarier <input type="checkbox"/> Veganer <input type="checkbox"/> ?			
Wegen welchen aktuellen Beschwerden sind Sie heute hier?			
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt wie z.B. Hepatitis, HIV? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? (bitte ankreuzen)			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina Pectoris	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Hormonstörungen	<input type="checkbox"/>	♀ Wechseljahrsbeschwerden	<input type="checkbox"/>

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder andere Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, listen Sie diese (mit Dosierung und Tageszeit) bitte auf:**

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

**Pille?** Wenn ja welche:

**Marcumar** ja  nein

**Insulin?** Wenn ja, welches?

**Regelmäßige Injektionen?** Wenn ja, welche?

<b>Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?</b>		<b>Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:</b>	
Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	1. _____	
		2. _____	
<b>Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?</b>			
1. _____	3. _____	<input type="radio"/> Keine	
2. _____	4. _____		

<b>Hatten Sie Knochenbrüche?</b>	<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt?</b>

<b>Vegetative Vorgeschichte</b>	
Schweißneigung:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Gewichtsabnahme:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Schlafstörungen:	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
<b>Familienvorgeschichte:</b>	
<input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Hypertonie <input type="radio"/> Infarkt <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Fette (Cholesterin)	

**Mit meiner Unterschrift, bestätige die Richtigkeit der Angaben**

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

**Nur für gesetzlich Versicherte:**

Hiermit bin ich als gesetzlich versicherter Patient mit der Berechnung des üblichen Gebührensatzes der GOÄ einverstanden.

# PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ nehmen Sie davon Kenntnis, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. **Um Ihre Daten an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln bzw. einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung.**

**Ohne diese ist uns eine adäquate Information an Nachbehandler oder Dienstleistungserbringer nicht möglich, Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern bzw. anfordern.**

Einwilligung in die Datenweitergabe

---

Name, Vorname,

---

Wohnort, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern kann.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungsüberbringer übermitteln kann.
- ein Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorgeuntersuchungen (Recall) per

Telefon

Brief

verwendet werden darf

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift