

Anamnesebogen

Telefonnummer:

Privat: _____ Mobil: _____

E-Mail:

Beruf/Tätigkeit:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Hausarzt:

Liegt eine Erwerbsminderung vor?

Ja Nein

Liegt ein Grad der Behinderung vor?

Wenn ja, welcher Grad? _____

Ernährungsweise

Mischköstler Vegetarier Veganer

Trinken Sie Kaffee?

keinen selten < 3 Tassen/Tag > 3 Tassen/Tag

Trinken Sie Alkohol?

keinen selten > 2x / Woche täglich

Rauchen Sie?

ja nein aufgehört

Wenn ja, wie viele am Tag? _____ Zigaretten

Wie beurteilen Sie Ihre derzeitigen körperlichen Aktivitätsgrad?

niedrig („Couch-Potato“) mittel hoch

Treiben Sie Sport?

ja nein

wenn ja: Welche Art

Wie oft? _____ x wöchentlich

Ist bei Ihnen eine Erkrankung bekannt, wie z.B.:

(falls ja, bitte im Freitext näher bezeichnen):

- Bewegungsapparat (Bandscheibenvorfall, Spinalkanalstenose, Arthrose ..):
- Herz/ Kreislauferkrankung (Herzinfarkt, KHK, Bluthochdruck, Schlaganfall..) :
- Nierenerkrankung:
- Atemwegserkrankung (Asthma/COPD..):
- Erkrankung des Gemüts/ Psyche: (Burnout, Depression, Psychose..)
- Rheumatischer Formenkreis:
- Osteoporose:
- Maligne Erkrankung (z.B.Karzinom/Krebs):
- Infektionserkrankung (Hepatitis, HIV...):

Unter welcher Art von Beschwerden leiden Sie derzeit:

- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Sonstige Schmerzen des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke)
- Schwindel
- Antriebslosigkeit
- Konzentrationsschwäche
- Müdigkeit
- Herzrasen
- Sonstiges: _____

Vorausgegangene Operationen:

Wurde bereits eine Chemotherapie/Bestrahlung durchgeführt?

- Ja
- Nein

Welche Art der Medikamente nehmen Sie ein:

- Antikoagulantien (Blutverdünner wie ASS; Marcumar, Xarelto, Eliquis, Clopidogrel...)

- Analgetika (Schmerzmittel):
- Sonstige Medikation: Liste:

Sind Allergien bekannt:

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Dürfen wir Sie über neueste medizinische Erkenntnisse informieren?

- Ja Nein

Ihre Email- Adresse: _____

Unser Gesundheitsbrief (Email-Versand) informiert Sie monatlich über die aktuellen Erkenntnisse in der Medizin und News aus unserer Praxis. Der Gesundheitsbrief ist kostenlos. Sie können die Zusendung jederzeit widerrufen.

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Kontakt zu unserer Praxis durch/ Empfehlung von:

- Arzt Familie Bekannte Krankenkasse

öffentliche Medien Sonstiges: _____

Dürfen wir Sie im Rahmen eines Recall-Programms an Vorsorgetermine erinnern?

- Ja Nein

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu.

Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Mitbehandlung anfordern sowie an andere Ärzte und Leistungserbringer zum Zwecke der Mitbehandlung weitergeben darf.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich per E-Mail oder Brief an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DGSVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DGSVO).

.....
Datum

.....
Unterschrift