

# Allgemeinmedizinische Anamnese

Nachname, Vorname:

Geb.-Datum:

Wohnanschrift:

E-Mail:

Festnetz

erlernter Beruf / akt. Tätigkeit:

Handy (erreichbar tagsüber!)

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Im Rahmen Ihrer Behandlung werden von uns Daten zu Ihrer Person, Ihrem Versicherungsstatus und Ihrem Gesundheitszustand erhoben und gespeichert. Dies erfolgt nach den geltenden Datenschutzgesetzen (DSGVO), welche Sie an der Rezeption einsehen können.

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Röntgenbilder, Befunde, Diagnosen etc. meinem überweisenden Arzt / Zahnarzt (sofern ich überwiesen wurde) übermittelt werden.

Wer ist Ihr Hausarzt/-ärztin ?

Name:

Adresse / Stadtteil:

Telefonnummer:

**Wir bitten Sie die folgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand so genau wie möglich zu beantworten:**

	ja	nein		ja	nein
Herzerkrankungen <i>(Endokarditis / Herzklappenfehler / Herzinsuffizienz)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Blutsystemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie (zu hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes / Typ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotonie (zu niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörungen <i>(Med.: Falithrom / Marcumar / Xarelto / ASS ua.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie (Anfallsleiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parkinson-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD ua.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-Darm-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose <i>(Knochenschwund / reduzierte Knochendichte)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich besitze eine Pflegestufe / welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich habe einen Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:			Schwangerschaft / SSW:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			regelm. Drogen- u./od. Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			Haben Sie Allergien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			wenn ja, welche:		
			_____		
			Allergiepass vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche Medikamente nehmen Sie ein:**

keine

folgende Medikamente nehme ich ein:

wegen:

---

---

---

---

---

---

Medikamentenplan (Hausarzt / Krankenhaus) vorhanden  ja  nein

**Weitere Erkrankungen und / oder Ergänzungen:**

---

---

---

---

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

---

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich o.g. Angaben wahrheitsgetreu gemacht habe und eigenständig medizinische Entscheidungen für mich treffen kann / darf und selber unterschreibungsberechtigt bin.

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

Anmerkung der Praxis:

Gelesen:

\_\_\_\_\_  
Behandler