



# PATIENTENANAMNESE

**Liebe Patientinnen, liebe Patienten, WILLKOMMEN IN UNSERER PRAXIS!**

Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen Fragebogen ausfüllen, damit wir einen Überblick über Ihren Gesundheitsstatus erhalten. Bitte die Einwilligungserklärung am Ende des Bogens nicht vergessen. Alle Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt.

Wenn Sie den Fragebogen aus persönlichen Gründen nicht ausfüllen möchten, ist das natürlich kein Problem, dann erfolgt die Patientenanamnese im Behandlungsraum.

Bei Problemen oder Fragen wenden Sie sich bitte jederzeit an unser Praxispersonal.

## BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Heimatland \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_

Email..... Telefon.....

Ernährung: Mischkost  vegan  vegetarisch  Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Sport?  JA  Nein Wie oft die Woche: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?   Wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

Alkohol?   Wie viel in der Woche? \_\_\_\_\_

Freizeitdrogen?  JA  Nein

## SOZIALANAMNESE

Partnerschaft  JA  Nein Anzahl Kinder \_\_\_\_\_ Beruf/Beschäft. \_\_\_\_\_ h/Woche \_\_\_\_\_

## LEIDEN SIE AN CHRONISCHEN GESUNDHEITSPROBLEMEN?

(Bitte kurz erläutern)

### LEIDEN SIE AN STRESSBEDINGTEN ERKRANKUNGEN?

	JA	NEIN
Erhöhter Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	JA	NEIN
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welcher Art: \_\_\_\_\_

## MEDIKAMENTE

Name Medikament/e \_\_\_\_\_ Einnahme \_\_\_\_\_

## IMPFSTATUS

Besitzen sie einen Impfausweis? .....	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Kinderimpfungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auffrischungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche   Wann .....
Reiseimpfungen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Kinderkrankheiten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

## ALLERGIEN / MEDIKAM.-UNVERTRÄGLICHKEITEN

### OPERATIONEN/EINGRIFFE welche, wann?

Magenspiegelung  JA  Nein wann? .....

Darmspiegelung  JA  Nein wann? .....

## FAMILIENANAMNESE

Bei welchem Familienmitglied ist die Krankheit aufgetreten?

(Bitte angeben, wer in der Familie betroffen ist.)

	Mutter	Vater	Großmutter	Großvater	Bruder	Schwester
<input type="checkbox"/> Schlaganfall						
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt						
<input type="checkbox"/> Diabetes						
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung						
<input type="checkbox"/> Thrombosen, Lungenembolien						
<input type="checkbox"/> Suizid, Psychosen, Suchterkrankung						

Andere schwerwiegende Erkrankungen

## SEXUALANAMNESE

Sexualität – Beratungsbedarf?  JA  Nein

STD – Beratungsbedarf?  JA  Nein

## GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

Aktuelle Schwangerschaft  Vorherige Schwangerschaften: .....

Komplikationen (gynäkologische Probleme / Interventionen) .....

Zyklus (Regelmäßig?/ Stärke der Blutungen? / Schmerzen? / PMS?) .....

Verhütung .....

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG (Falls noch nicht zugeteilt) Bitte jeweils mit einem Haken bestätigen.

- Ich stimme zu, Laborwerte, wichtige persönliche medizinische Informationen sowie ggf. Rechnungen per E-Mail zu erhalten.
- Erinnerungen bezüglich Vorsorgeuntersuchungen sowie Impfungen stimme ich zu.

DATENSCHUTZ: Wir sichern Ihnen einen vertrauensvollen Umgang mit Ihren Daten zu.

Für den Wunsch auf Widerruf Ihrer Einwilligung und Löschung Ihrer personenbezogenen Daten (Art. 7 Abs. 3 S. 1 Art. 17 Abs. 1 b DSGVO.), informieren Sie bitte das Praxisteam.

Ort / Datum..... Unterschrift.....

**DANKE, IHR PRAXISTEAM DR. SIBYLLE KATZENSTEIN!**