



Praxis Dr. Markus Schlarmann

Allgemeinmedizin, Diabetologie, Naturheilverfahren

Lastruper Straße 6, 49699 Lindern

Telefon: 05957 8879999, Online-Services: www.praxis-schlarmann.de

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen Sie ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, Ihren Eltern o.a. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Bitte beachten Sie, dass für die Sprechstunde ein Termin notwendig ist. Ein Termin kann telefonisch oder noch einfacher unter www.praxis-schlarmann.de online gebucht werden. Es ist kein Problem, morgens einen Termin für den gleichen Tag zu erhalten.

1. Name, Vorname: _____
2. Geburtsdatum: _____
3. Beruf: _____
4. Telefon: _____
5. Email: _____

6. Ich bin beschwerdefrei und wünsche einen „Check-Up“: ja

7. Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes: ja

(Bitte bringen Sie uns Ihren Impfpass mit)

8. Ich möchte an meine Termine erinnert werden: ja

9. Meine Größe beträgt _____ cm. Mein momentanes Gewicht beträgt _____ kg

10. Ich bewege mich regelmäßig aktiv:

Beruflich: ja nein

In meiner Freizeit: ja nein

Wie oft in der Woche: _____ Anzahl/Tag _____ Min.

11. Ich rauche: ja nein Zigaretten pro Tag? _____

12. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Wieviel? _____

13. In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) sind folgende

Erkrankungen bekannt:

			Bei wem?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Blutzuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/>	ja	_____
Krebs*	<input type="checkbox"/>	ja	_____

*Wenn ja, welche Art? _____

14. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

Cholesterin zu hoch	<input type="checkbox"/>	ja	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	ja
Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/>	ja	Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	ja
Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	ja	Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>	ja
Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	ja	Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	ja
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	ja	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	ja
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	ja	Rheuma	<input type="checkbox"/>	ja
Asthma	<input type="checkbox"/>	ja	COPD	<input type="checkbox"/>	ja
Allergie	<input type="checkbox"/>	ja	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	ja
Art der Allergie?	_____				
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	ja	Krampfleiden	<input type="checkbox"/>	ja
Krebs	<input type="checkbox"/>	ja			

Welche Art? _____

Sonstiges: _____

15. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

Lungenarzt	<input type="checkbox"/>	ja	Kardiologe	<input type="checkbox"/>	ja	Orthopäde	<input type="checkbox"/>	ja
Urologe	<input type="checkbox"/>	ja	Neurologe	<input type="checkbox"/>	ja	Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	ja
Sonstiges	_____							

16. Ich hatte folgende Operationen:

Herz-OP	<input type="checkbox"/>	ja	Brust-OP	<input type="checkbox"/>	ja
Gefäße-OP	<input type="checkbox"/>	ja	Gebärmutter-OP	<input type="checkbox"/>	ja
Krebs-OP	<input type="checkbox"/>	ja	Mandeln-OP	<input type="checkbox"/>	ja
Schilddrüse-OP	<input type="checkbox"/>	ja	Blinddarm-OP	<input type="checkbox"/>	ja
Gallenblase-OP	<input type="checkbox"/>	ja	Bruch-OP	<input type="checkbox"/>	ja
Sonstiges:	_____				

17. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja* nein

*Wenn ja, welche und wie oft?

18. Aktuelle Beschwerden

- | | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------|
| Durst | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | vermindert | <input type="checkbox"/> | normal |
| Appetit | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | vermindert | <input type="checkbox"/> | normal |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | Durchfall | <input type="checkbox"/> | Verstopfung | <input type="checkbox"/> | normal |
| Wasserlassen | <input type="checkbox"/> | mit Brennen | <input type="checkbox"/> | Startschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | normal |
| | <input type="checkbox"/> | Nachts öfter | | | | |
| Nachtschwitzen | <input type="checkbox"/> | vermehrt | <input type="checkbox"/> | normal | | |
| Gewicht | <input type="checkbox"/> | Zunahme ___ kg | <input type="checkbox"/> | Abnahme ___ kg | | |
| | <input type="checkbox"/> | konstant | | | | |
| Mir ist sehr oft kalt/warm | | | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Ich schwitze übermäßig | | | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Ich habe oft Kopfschmerzen | | | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Ich habe Luftnot/Luftmangel: | | | <input type="checkbox"/> | im Liegen | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | beim Treppensteigen | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | bei Aufregung | | |
-

Liebe Patienten,

Wir möchten unsere Patienten individuell und optimal behandeln!

Was möchten Sie?

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb unverbindlich über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

Nutzen Sie das Internet? Ja nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung

Zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Gem. § 72 Abs. 1b SGB V und gem. Art. 13 DSGVO

Ich, _____, geb. am _____

wohnhaft in _____

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Laboren und anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern und einholen darf.
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte, Labore und andere Leistungserbringer übermitteln darf.
- meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplin zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden darf.

Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

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

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)