

Anamnesebogen

Pat. Nr. _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Heutiges Datum: _____

Festnetz: _____ Handy: _____

Kreuzen Sie bitte zutreffendes an:

	Ja	Nein
1. Haben Sie häufig Kopfschmerzen ?	___	___
2. Haben Sie häufig oder gelegentlich Schwindel ?	___	___
3. Haben Sie häufig Magenschmerzen ?	___	___
4. Haben Sie häufig Rückenschmerzen ?	___	___
5. Haben Sie häufig Gelenkschmerzen ?	___	___
6. Schlafen Ihnen häufig die Hände ein?	___	___
7. Schlafen Ihnen häufig die Füße ein?	___	___
8. Leiden Sie unter Durchschlafstörungen ?	___	___
9. Leiden Sie unter Einschlafstörungen ?	___	___
10. Wachen Sie morgens sehr früh auf?	___	___
11. Sind Sie häufig innerlich unruhig u nervös ?	___	___
12. Sind Sie häufig müde und energielos ?	___	___
13. Haben Sie ein Ohrgeräusch ?	___	___
14. Haben Sie Konzentrationsstörungen ?	___	___
15. Können Sie sich Dinge nicht so gut merken und müssen diese aufschreiben?	___	___
16. Haben Sie Durchfälle und Blähungen?	___	___
17. Haben Sie Herzstolpern/Herzrasen ?	___	___
18. Haben Sie Ängste ?	___	___



Was ist Ihre Hauptbeschwerde/Warum sind Sie heute hier? (WICHTIG! Bitte ausfüllen)

Erlerner Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Arbeitgeber: _____

Nationalität: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg



Vorerkrankungen

Leiden sie an irgendeiner nachfolgend genannten Erkrankung, bitte ankreuzen!

Asthma bronchiale	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Epilepsie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Defibrillator oder Herzschrittmacher?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Bestehen bei Ihnen sonstige Erkrankungen oder Allergien,
wenn ja welche?: _____

Befanden Sie sich zuvor bereits in **neurologischer** oder
psychiatrischer Behandlung, wenn ja bei wem?

Wurde bei Ihnen ein MRT (Kernspint)/CT oder Röntgen
durchgeführt?

Wenn ja, wann und von welcher Körperregion?



Welche **Medikamente** nehmen Sie zurzeit **regelmäßig** ein

	<u>Name</u>	<u>Dosis/Stärke</u>	<u>wie oft pro Tag</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

a) mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

b) der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Hausarzt:

Ja

Nein

Weitere Fachärzte:

Ja

Nein

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.