

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in der Hausarztpraxis Dr. Modro-Splitt begrüßen zu dürfen! Um Sie optimal und individuell betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht! Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

### Informationen zur Gesundheitsuntersuchung/Check-up

Ab dem Alter von 35 Jahren haben gesetzlich Krankenversicherte alle drei Jahre Anspruch auf einen Gesundheits-Check. Bei dieser Vorsorgeuntersuchung geht es darum, häufig auftretende Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen bzw. deren Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen.

#### Inhalte der Gesundheitsuntersuchung bei gesetzlich Krankenversicherten:

- Entnahme einer Blutprobe (nüchtern) und Auswertung der Cholesterin- und Blutzuckerwerte (weitere Laboruntersuchungen, z.B. Vitamin B12, Vitamin D, PSA, usw., als Selbstzahlerleistungen - IGeL).
- Messung des Blutdrucks.
- Untersuchung des Urins.
- Ärztliche körperliche Untersuchung.
- Ärztliche Beratung mit Kontrolle des Impfpasses. **Bitte denken Sie an Ihren Impfpass!**

### Persönliche Daten

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Anschrift: .....

Beruf: ..... In Rente seit: .....

Telefonnummer: ..... Handynummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Pflegegrad?  1  2  3  4  5 GdB? .....

Familienstand:  ledig  verheiratet  geschieden  verwitwet

Haben Sie Kinder?  nein  ja, **Namen, Alter und Wohnort der Kinder:**

.....  
 .....

## Allgemeines

**Ernährungsweise?**  Mischkost  Vegetarisch  Vegan  sonstiges: .....

**Treiben Sie Sport?**  nein  ja, ca. .... Stunden pro Woche.

**Risikofaktoren?**  Alkohol  Übergewicht  Bewegungsmangel  Drogen

**Rauchen Sie?**  nein  ja  aufgehört Wie viele Zig. am Tag? ..... Seit wann? .....

**Gewicht:** ..... kg, **Größe:** ..... cm. **Gewicht konstant?**  ja  nein

## Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine?

(Name des Wirkstoffs, Stärke + Dosierung), z.B.: *Ramipril 5mg* *1-0-1*

## Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen/Beeinträchtigungen?

- |                                                   |                                            |                                                |                                             |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck            | <input type="checkbox"/> Thrombose         | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung        | <input type="checkbox"/> Schlaganfall       |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung          | <input type="checkbox"/> Nierenerkr.       | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD           | <input type="checkbox"/> Arthrose/Rheuma    |
| <input type="checkbox"/> Gemütskr.                | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Darmerkrankung        | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle      |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung          | <input type="checkbox"/> Augenerkr.        | <input type="checkbox"/> Hepatitis             | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkr.  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Osteoporose       | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung       | <input type="checkbox"/> Abhängigkeitserkr. |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes |                                            | <input type="checkbox"/> Schaufensterkrankheit | <input type="checkbox"/> Infektionserkr.    |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (z.B. OPs):    | .....                                      |                                                |                                             |

**Schlafstörungen?**  nein  ja, in ..... Nächten pro Woche.

**Allergien?**  nein  ja: .....

**Nächtliches Schwitzen?**  nein  ja, seit: .....

**Luftnot beim Treppensteigen?**  nein  ja, nach ..... Stockwerken.

**Appetit:**  gut  schlecht

**Stuhlgang:**  gut  Durchfall  Verstopfung  unregelmäßig  Schmerzen

**Wasserlassen:**  gut  Inkontinenz  Schmerzen  „Tröpfeln“  Nächtl. Harndrang

## Gib es aktuelle Beschwerden oder Symptome, die Sie auf jeden Fall besprechen wollen?

.....  
.....

## Kommen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel, Tante, ...) Erkrankungen vor?

- |                                           |                                            |                                         |                                            |                                      |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Demenz           | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck     | <input type="checkbox"/> Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall      | <input type="checkbox"/> Diabetes    |
| <input type="checkbox"/> Thrombose        | <input type="checkbox"/> Allergien         | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD    | <input type="checkbox"/> erhöhte Fettwerte | <input type="checkbox"/> Nierenerkr. |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkr.      | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Darmerkr.      | <input type="checkbox"/> Krebserkr.        | <input type="checkbox"/> Rheuma      |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... |                                            |                                         |                                            |                                      |

**Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Name, Adresse):** .....

**Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt):** .....

**Dürfen Vorbefunde von anderen Ärzten angefordert werden?**  ja  nein

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**  ja  nein

**Haben Sie einen Organspendeausweis?**  ja  nein

**Wann war Ihre letzte...**

... Gesundheitsuntersuchung („Check-up“)? .....

... Darmspiegelung? .....

... Hautkrebsvorsorge? .....

... Krebsvorsorge? .....

**Dürfen wir Sie an bspw. Impftermine, Vorsorgen, etc. erinnern?**  ja  nein

**Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? (Name, Telefonnummer)** .....

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO vom 25.05.2018: Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für die Verarbeitung im Behandlungsverlauf durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). 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 DSGVO).

\_\_\_\_\_,  
Ort

\_\_\_\_\_,  
Datum

\_\_\_\_\_,  
Unterschrift (Patient)