

Anamnesebogen

Stammdaten

Name, Vorname: _____

geb. : _____

Adresse (Str., PLZ, Ort): _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

Email: _____

Fax: _____

Faxnummer: _____

Nächster Angehöriger/Betreuer/Bevollmächtigte: _____

Telefonnummer nächster Angehöriger: _____

Ehemaliger Hausarzt: _____

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Pflegegrad: _____

Grad der Behinderung: _____

Patientenverfügung vorhanden: O ja

O nein

Vorsorgevollmacht vorhanden: O ja

O nein

Organspendeausweis vorhanden: O ja

O nein

Ich stimme der Kontaktaufnahme durch die Praxis über die genannten Medien zu:

- Email
- FAX
- Telefon

Ich stimme zu, dass die Praxis mir folgende Dinge digital zustellen darf:

- Terminerinnerung
- Medizinische Dokumentation
- Nachrichten

Ort, Datum: _____

(Unterschrift Patient*in)

Vorerkrankungen

Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Asthma	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
COPD (chronische Bronchitis)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Diabetes mellitus	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Psychische Erkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	welche:
Allergien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	welche:
Operationen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	welche:
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	wie viele:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> ab und zu ein bisschen	O nein
	<input type="radio"/> ab und zu ein kleiner Rausch	
	<input type="radio"/> täglich ein bisschen	
	<input type="radio"/> täglich ein kleiner Rausch	
In Ihrer Familie (Blutsverwandte), hat da jemand...	<input type="radio"/> einen Herzinfarkt gehabt? <input type="radio"/> einen Schlaganfall gehabt? <input type="radio"/> eine Krebserkrankung (gehabt)? <input type="radio"/> eine Erbkrankheit (gehabt)?	

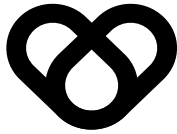
Aktuelle Lebenssituation

Leben Sie alleine?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein, sondern zusammen mit ...
Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit? Treiben Sie Sport?		
Gibt es besondere Belastungen in Ihrem Leben, z. B. Sorge um einen Angehörigen, enge Finanzen, ...?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	nämlich:

Aktuelle Gesundheitssituation

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten verändert (um mehr als 2 kg)	<input type="radio"/> ja, ich habe zugenommen <input type="radio"/> ja, ich habe abgenommen <input type="radio"/> nein, mein Gewicht ist gleich geblieben	
Fühlen Sie sich normal belastbar?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bekommen Sie manchmal Atemnot?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Schwitzen Sie nachts, so dass Sie die Wäsche wechseln müssen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Werden Ihre Füße oder Beine manchmal dick?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie häufig oder andauernd Schmerzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie mit Ihrem Schlaf zufrieden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Klappt auf der Toilette alles so, wie es soll?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Gibt es etwas, das wir in Bezug auf Ihr Sexualleben besprechen sollten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie irgendwelchen Kummer über Ihre familiäre oder soziale Situation?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind Sie mit Ihrer beruflichen Situation zufrieden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Wie würden Sie Ihre Stimmung beschreiben?	<input type="radio"/> gut oder überwiegend gut <input type="radio"/> ganz ausgeglichen, ich bin zufrieden <input type="radio"/> mal so, mal so, könnte besser sein <input type="radio"/> Meine Stimmung ist oft schlecht.	

Wenn Sie Ihr Leben am heutigen Tage betrachten, wie denken Sie dann am ehesten?	<input type="radio"/> Mir geht es richtig gut.
	<input type="radio"/> Ich bin zufrieden.
	<input type="radio"/> Könnte besser sein.
	<input type="radio"/> Mir geht es nicht so gut.
	<input type="radio"/> Mir geht es richtig schlecht.



Verschwiegenheit und Datenschutz – Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden nach §73 Abs. 1b SGB V

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir danken Ihnen herzlich für Ihr Vertrauen. Wir garantieren Ihnen, dass alles, was wir von Ihnen erfahren, strengstens vertraulich behandelt wird.

Als Ihre Hausarztpraxis möchten wir Koordinator Ihrer medizinischen Betreuung sein. Alle Fäden sollen bei uns zusammenlaufen: dann können wir uns um ein sinnvolles Zusammenwirken aller Fachärzte, Kliniken, und unterschiedlicher Therapeuten kümmern.

Dafür brauchen wir möglichst viel Information. Wenn wir Sie zu einem anderen Facharzt oder in ein Krankenhaus überweisen, bekommen wir automatisch einen Bericht. Manchmal benötigen wir aber auch Berichte anderer Ärzte und Therapeuten, z. B. solche, bei denen Sie früher gewesen sind, oder zu denen Sie von jemand anderem überwiesen worden sind. Manchmal ist es auch gut, wenn wir mit Mitbehandlern über Ihre gesundheitliche Situation am Telefon sprechen, oder anderen Ärzten Befunde von Ihnen übermitteln.

Zu diesem Zweck möchten wir Sie bitten, dass Sie Ihre Mitbehandler und uns gegenseitig von der Schweigepflicht entbinden. Dies gilt nur für Daten, die zur Behandlung erforderlich sind. Natürlich werden alle Informationen, die wir bekommen, von uns im Rahmen unserer eigenen Schweigepflicht vertraulich behandelt.

Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie die Schweigepflichtentbindung nicht erteilen. Wir werden Sie dann jedes Mal, wenn wir mit einem Mitbehandler in Kontakt treten wollen, einzeln um Ihre schriftliche Einwilligung bitten.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Übrigens, mit Kostenträgern (z. B. Kranken- und Rentenkassen) kommunizieren wir nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung, oder, wenn es gesetzliche Vorgaben von uns fordern.

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ja, ich entbinde hiermit meine aktuellen, zukünftigen und ehemaligen Behandler*innen und die Hausärzte der Praxisgemeinschaft Herrn MUDr. Aleš Buriánek und Herrn Martin Kurz wechselseitig von der Schweigepflicht, im o. g. Rahmen.

mit folgenden **Ausnahmen** _____

Nein, ich möchte vor jeder Kontaktaufnahme zwischen meinen Behandler*innen einzeln um Erlaubnis gefragt werden. Dies gilt nicht für Kontakte, die durch Vorschriften und Gesetze geregelt sind.

Manche unserer Patientinnen und Patienten möchten eine Vertrauensperson benennen, mit der wir auch ohne gesonderte Einwilligung jederzeit ihre gesundheitliche Situation besprechen dürfen (Schweigepflichtentbindung). Wenn Sie das möchten, tragen Sie die Person(en) mit Namen und Telefonnummer hier ein:

Ort, Datum: _____

(Unterschrift Patient*in)