Dr. med. Marlen v. Wolffersdorff
Fachärztin für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Radeberger Str. 18, 01900 Großröhrsdorf
Tel. 035952/447662 Fax 035952/447663

Liebe Patientinnen und Patienten,

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen das Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Persönliche Daten

Vorname ..... Nachname .....

Geburtsdatum .....

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt, wenn ja, seit wann?

Ja	Nein	
□	□	Bluthochdruck
□	□	Herzinfarkt, Herzkrankgefäßerkrankung (KHK)
□	□	Angeborene oder erworbene Herzerkrankung (auch Herzklappen)
□	□	Schlaganfall
□	□	Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK)
□	□	Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale, COPD [chron. Bronchitis], Tuberkulose)
□	□	Thrombose oder Lungenembolie
□	□	Blutungsstörung; Bluterkrankungen
□	□	Diabetes mellitus Typ 1/2 (Zuckerkrankheit)
□	□	Schilddrüsenerkrankungen
□	□	Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte)
□	□	Gicht
□	□	Nierenerkrankungen
□	□	Lebererkrankungen (Gelbsucht, Fettleber, Leberzirrhose)
□	□	Erkrankungen der Speiseröhre/des Magens

Ja **Nein**

□ □ Erkrankungen des Darmes

□ □ Chronische Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Hepatitis B/C)

□ □ Tumorerkrankungen

□ □ Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star, Makuladegeneration)

□ □ Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)

□ □ Krampfleiden [Epilepsie] oder andere neurologische Erkrankungen

□ □ Gelenkerkrankungen (Arthrose, Rheuma)

□ □ Hauterkrankungen

Sind Sie bereits operiert worden? Wenn ja, was und wann?

.....

.....

.....

.....

.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel: ..... Zigaretten/Tag seit: ..... Jahren

Konsumieren Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel: .....

Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten? Ja/Nein

Sind Allergien/Unverträglichkeiten bekannt?

Wogegen? .....

Wie groß sind Sie? ..... cm Wieviel wiegen Sie? ..... kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament	Dosis [mg]	morgens	mittags	nachmittags	abends

Vorsorge

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Ja	Nein	
□	□	Gesundheitsuntersuchung (Check up), wenn ja, wann zuletzt? .....
□	□	Hautcheck, wenn ja, wann zuletzt? .....
□	□	Darmspiegelung, wenn ja, wann zuletzt? .....
□	□	Magenspiegelung, wenn ja, wann zuletzt? .....
□	□	♀: frauenärztliche Untersuchung, wenn ja, wann zuletzt? .....
□	□	♂: urologische Untersuchung (PSA), wenn ja, wann zuletzt? .....
□	□	Impfstatus vollständig? Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? – bitte unterstreichen –

Ja	Nein	
□	□	Bluthochdruck Herzinfarkt, Herzkranzgefäßerkrankung (KHK), Schlaganfall
□	□	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
□	□	Psychische Erkrankungen (Depression, Psychosen)
□	□	Thrombose oder Lungenembolie, Blutungsstörung; Bluterkrankungen
□	□	Tumorerkrankungen (Wenn ja, bei wem welche Erkrankung?)
		.....

Sozialanamnese

Familienstand ..... Kinder .....

Beruf .....

Pflegegrad (falls vorhanden) .....

Patientenverfügung vorhanden? Vorsorgevollmacht vorhanden?

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

Dr. med. Marlen v. Wolffersdorff
Fachärztin für Innere Medizin
Hausärztliche Versorgung
Radeberger Str. 18, 01900 Großröhrsdorf
Tel. 035952/447662 Fax 035952/447663

Einverständnis zur Informationsweitergabe (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO))

Vorname ..... Nachname .....

Geburtsdatum .....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen, übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxismitarbeiter mit mir Kontakt aufnehmen:

Telefon ..... Mobil .....

Email .....

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit, mit Wirkung auf die Zukunft, widerrufen kann.

Datum: ..... Unterschrift: .....