

Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Neurologie Praxis

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine genaue Therapie planen und mögliche Risiken bzw. Komplikationen abwägen zu können, ist es für uns von größter Wichtigkeit, Ihren genauen Gesundheitszustand zu kennen. So können wir uns individuell auf Sie einstellen und mögliche Risiken vermeiden. Dieser Fragebogen ersetzt natürlich nicht das ärztliche Gespräch, sondern dient als Grundlage für die folgende Untersuchung. Hier können Sie dann Fragen stellen und Wünsche für die Versorgung äußern. Die von Ihnen angegebenen Daten werden von uns vertraulich im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht behandelt und nur mit Ihrer Einverständniserklärung an dritte Personen wie Hausärzte weitergegeben. Vielen Dank!

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Hausarzt: _____

Beruf: _____

Aktuelle
Beschwerden: _____

Neurologische
Vorbehandlung: ☐ ja → bei wem? _____

☐ nein

Persönliches

Größe:

Gewicht:

Familienstand/-verhältnisse:

☐ Verheiratet/Partnerschaft

☐ alleinstehend

☐ verwitwet

☐ Eigene Wohnung/ Haus

☐ wohnt bei Angehörigen

☐ betreute Einrichtung/Pflegeheim

☐ Kinder: _____ (Anzahl)

Vorsorgevollmacht: ☐ nein

Betreuer: ☐ nein ☐ ja

Schwerbehindertenausweis: ☐ nein ☐ ja, → GdB _____ % ☐ Zusatz/Merkzeichen: _____

Pflegegrad: ☐ nein ☐ ja, → welcher? _____

Hilfsmittel: ☐ nein ☐ ja, → welche? _____

Führerschein: ☐ nein ☐ ja, → welche Klasse? _____

Fahren Sie selbst Auto: ☐ nein ☐ ja

Fahren Sie E-Bike: ☐ nein ☐ ja

Familienanamnese:

Sind Familiäre Vorerkrankungen/Erbkrankheiten bekannt?: ☐ nein ☐ ja,

Wenn ja, an welchen? _____

		Version:				Seite 1 von 3
Erstellung durch/am:	Bätz, G. 12.09.25	Prüfung durch/am:		Freigabe durch/am:		

Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Neurologie Praxis

Gewohnheiten:					
	ja	nein	gelegentlich	Wie viel	Seit wann
Rauchen Sie					
trinken Sie Alkohol					
konsumieren Sie Drogen					
haben Sie viel Stress					

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen der /des		• Leiden Sie an Allergien/ Medikamenten-unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein	
• Herzens	☐ ja ☐ nein	Wenn ja, an welchen? _____	
○ hohen Blutdruck	☐ ja ☐ nein	_____	
○ Vorhofflimmern	☐ ja ☐ nein		
• Leber	☐ ja ☐ nein	• Operationen ☐ ja ☐ nein	
• Nieren	☐ ja ☐ nein	○ Wirbelsäule ☐ ja ☐ nein	
• Schilddrüse	☐ ja ☐ nein	○ Schädel ☐ ja ☐ nein	
• Magen- Darm- Traktes	☐ ja ☐ nein	○ Gehirn ☐ ja ☐ nein	
• Gelenke (z.Bsp. Rheuma)	☐ ja ☐ nein	○ Metalle im Körper ☐ ja ☐ nein	
• Infektionskrankheiten	☐ ja ☐ nein	○ Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein	
Wenn ja welche? (z.B. TBC, AIDS, HIV)	_____	○ Stents ☐ ja ☐ nein	
	_____	○ Shunt ☐ ja ☐ nein	
• Diabetes	☐ ja ☐ nein		
• Krebserkrankungen	☐ ja ☐ nein		
Wenn ja, welche?	_____		

○ Bestrahlung erhalten	☐ ja ☐ nein		
○ Chemotherapie erhalten	☐ ja ☐ nein		

Besteht eine Schwangerschaft oder die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein
Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? (Medikamentenplan kann auch vorgezeigt werden)

Hiermit bestätige ich, die vorangehenden Angaben korrekt und nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Datum		Unterschrift				
Erstellung durch/am:	Bätz, G. 12.09.25	Version:		Freigabe durch/am:		Seite 2 von 3
		Prüfung durch/am:				

Anamnesebogen

Zu VA Patientenaufnahme Neurologie Praxis

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht

Patient/in – Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Ich bin darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke meiner (Nach-) Behandlung und/oder Kostenabrechnung verarbeitet, gespeichert und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Leistungsträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) übermittelt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen medizinischen Daten an meinen Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.

☐ ja

☐ nein

Ferner willige ich ein,

dass bei meinem Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt/ im KKH Freiberg bereits vorliegende Behandlungsdaten/ Befunde, soweit diese für meine Weiterbehandlung erforderlich sind, durch den weiterbehandelnden Arzt der MVZ Freiberg GmbH angefordert werden können.

Diese Einwilligungen können jederzeit gegenüber der MVZ Freiberg GmbH widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den genannten Ärzten und medizinischen Einrichtungen mehr statt.

Freiberg,

Unterschrift Patient oder Berechtigter

		Version:				Seite 3 von 3
Erstellung durch/am:	Bätz, G. 12.09.25	Prüfung durch/am:		Freigabe durch/am:		