

## 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!

### **Persönliches**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

<p><b>Größe:</b></p> <p><b>Gewicht:</b></p>
---

<b>Familienstand/-verhältnisse:</b>		
<input type="checkbox"/> Verheiratet/Partnerschaft	<input type="checkbox"/> alleinstehend	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung	<input type="checkbox"/> wohnt bei Angehörigen	<input type="checkbox"/> betreute
Einrichtung/Pflegeheim		
Kinder: _____ (Anzahl)		
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, GdB _____ %	<input type="checkbox"/> Zusatz/Merkzeichen:
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → welcher? _____	
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, → welche? _____	
Führerschein:	nein	<input type="checkbox"/>
ja, → welche Klasse _____		
Fahren Sie selbst Auto?		
Fahren Sie E-Bike?		
<b>Familienanamnese:</b>		
Sind Familiäre Vorerkrankungen/Erbkrankheiten bekannt?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,		
Wenn ja, an welchen? _____		

_____
-------

**Gewohnheiten:**

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

**Vegetative Anamnese:**

	vermehrt	vermindert	normal
tägliche Flüssigkeitsaufnahme			
Appetit			
Stuhlgang			
Wasserlassen			
Schlaf			
Schwitzen			

<p><b>Leiden oder litten Sie an</b></p> <p><b>Erkrankungen der /des</b></p> <p>Herzens (z.Bsp. Angina pectoris) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Leber (z. Bsp. Hepatitis, Gelbsucht) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nieren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Schilddrüse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Magen- Darm- Traktes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gelenke (z.Bsp. Rheuma) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Haben oder hatten Sie...</p> <p>Hohen Blutdruck <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Infektionskrankheiten (z.Bsp. TBC,AIDS, HIV) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja welche?</p> <hr/> <p>Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <hr/>	<p>Liegt eine Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, gegen welche?</p> <hr/> <p>Leiden Sie an Allergien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, an welchen?</p> <hr/> <p>Operationen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, welche?</p> <hr/>
---	--

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

## **Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht**

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,

Berechtigter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder