



## Anamnesebogen

**Bitte erscheinen Sie zur Untersuchung mit voller Blase!**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
m / w / div. Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Adresse:**

**Straße, Nummer:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ **Gegen Covid geimpft?**  
ja / nein

Beruf \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?** \_\_\_\_\_ **Größe (cm)** \_\_\_\_\_ **Gewicht (Kg)** \_\_\_\_\_  
Ja / Nein

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

\_\_\_\_\_  
**Datum/ Unterschrift Patient**

### **Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten**

Unsere Praxis benutzt ein EDV-System um Ihre Patientenakte zu führen, für die Abrechnung der einzelnen Leistungen, die Buchführung sowie auch für die Kommunikation mit Angehörigen der Gesundheitsberufe welche ggfs. im Rahmen Ihrer Versorgung eingebunden sind und mit zuständigen Behörden bei der Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgaben. Alle im Rahmen Ihrer Versorgung erhobenen Informationen werden in Ihrer Patientenakte geführt.

Nähere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten werden im Sekretariat bereitgestellt. Diese sind in mehreren Sprachen verfügbar.

## Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

### Infektionserkrankungen:

	ja	wann ?
Scharlach	<input type="checkbox"/>	_____
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	_____
Mumps	<input type="checkbox"/>	_____
Röteln	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis Typ A	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis Typ B	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis Typ C	<input type="checkbox"/>	_____
Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	_____
HIV, AIDS	<input type="checkbox"/>	_____

### Andere Erkrankungen:

ja

Angina pectoris, Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen, z.B. Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen in den Beinen, z.B. Krampfadern, Thrombose	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen im Kopf, z.B. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Beschwerden, z.B. Sodbrennen, Geschwüre	<input type="checkbox"/>
Gallenblasenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Bösartige Erkrankungen, z.B. Krebs oder Tumoren	<input type="checkbox"/>
Blasenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Prostataerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Harnsteinleiden	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nervenkrankheiten, Psychose	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>



**Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?**

---

---

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

---

---

**Sie bei Ihnen Allergien / Überempfindlichkeiten auf Medikamente bekannt?**

---

### **Bei Patientinnen**

**Sind Sie schwanger?**

**nein / ja**

**Nehmen Sie die Antibabypille?**

**nein / ja, welche: \_\_\_\_\_**

**Datum der letzten Periode:**

\_\_\_\_\_