



Catrin Schulz
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Ärztin für Homöopathie
Tel. 02304 16091
Fax 02304 12481
Mobil 0172 2339834

ANAMNESEBOGEN

Liebe:r Patient:in,

als neue:r Patient:in heißen wir Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Ihre Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Telefon / Handy: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rentner ☐ Ja

Pflegegrad _____

Schwerbehinderung _____ % mit Zusatz: _____ ☐ unbefristet

Beruf: _____ Wochenstunden: _____

Umgang mit Giftstoffen? ☐ Ja

Schichtarbeit / Wechselschicht: _____

Anerkannte Berufskrankheit? _____

Gesetzliche Betreuungsperson? _____

Bezugsperson (Ehepartner, Kinder, Verwandte) _____

Deren Tel.-Nr.: _____

Tragen Sie Brillen / Kontaktlinsen? ☐ Ja

Ist bei Ihnen bekannt: grauer Star ☐ Ja grüner Star ☐ Ja

Makula Degeneration: ☐ feucht ☐ trocken

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Masern | ☐ Röteln |
| ☐ Windpocken | ☐ Scharlach |
| ☐ Mumps | |

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt? ☐ Ja

Praxiscodierung
-03212-

Ja	Vorerkrankung	Welche? (ggf. genaue Bezeichnung)
☐	Psychische Erkrankung	
☐	Bluthochdruck	
☐	Herzkrankheit	
☐	Blutzuckerkrankheit -32022-	
☐	Asthma	
☐	Chronische Bronchitis	
☐	Magenerkrankung	
☐	Darmerkrankung	
☐	Tumorerkrankung -32019-	
☐	Nierenerkrankung -32018-	
☐	Fettstoffwechselstörung	
☐	Schilddrüsenerkrankung	
☐	Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht	
☐	Lebererkrankung	
☐	Gelenkerkrankung	
☐	Rheuma -32023-	
☐	Blutgerinnungsstörung	
☐	Hautkrankheit	
☐	Anfallsleiden/Epilepsie -32008-	
☐	Infektiöse Erkrankung	

Wurden bereits Operationen durchgeführt? ☐ Ja

Wenn ja, welche? Wann?

Ist bei Ihnen eine Allergie bekannt? ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Reagieren Sie allergisch auf Medikamente?☐ Ja

Wenn ja, auf welche? (Antibiotika, Salben, Pflaster etc.)

Sind in Ihrer Familie (nur Blutsverwandte, Eltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bekannt?

Ja	Erkrankung	Welche? (ggf. Spezifikation)
☐	Bluthochdruck	
☐	Blutzuckerkrankheit	
☐	Herzinfarkt	
☐	Schlaganfall	
☐	Asthma	
☐	Krebs	
☐	Demenz	
☐	Rheuma	
☐	Fettstoffwechsel	
☐	Schilddrüsenerkrankung	
☐	Psychische Erkrankung	

Vegetative Anamnese

Durst ☐ Normal ☐ Vermehrt

Appetit ☐ Normal ☐ Vermehrt

Stuhlgang ☐ Normal ☐ Vermehrt
☐ Durchfall ☐ Verstopfung
☐ Mit Blut ☐ Mit Schleim

Wasserlassen ☐ Normal ☐ Vermehrt
☐ "Brennen" ☐ Startschwierigkeiten
☐ nachts öfter als 1 - 2 mal

Nachtschweiß ☐ Ja

Gewicht ☐ Konstant
☐ Zunahme ☐ Abnahme
von _____ kg in _____ Monaten

Zigaretten, elektrische Zigaretten, Vapes? ☐ Ja _____/Tag**Alkohol?** ☐ Ja _____/Woche**Andere Drogen?** ☐ Ja Welche? _____

Nehmen Sie Blutverdünnungsmedikamente?

☐ ASS

☐ Eliquis

☐ Clopidogrel

☐ Rivaroxaban

Andere: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel oder frei verkäufliche Medikamente ein?

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Bitte bringen Sie Ihren **Impfausweis** beim nächsten Besuch mit, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wünschen Sie eine überwiegende Behandlung mit homöopathischen oder naturheilkundlichen Arzneien?

☐ Ja

Für Patientinnen:

Besteht eine Schwangerschaft?

☐ Ja

Geburten?

☐ Ja Wann? _____

Antibabypille

☐ Ja Welche? _____

Andere Hormonpräparate?

Monatsblutungen regelmäßig

☐ Ja

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam Catrin Schulz

Patienteneinwilligung zur Erhebung/Übermittlung von

Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an andere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, _____, _____ geboren am _____._____._____ ein,

☐

dass die Hausarztpraxis – Praxis für Allgemeinmedizin – Catrin Schulz in Schwerte,

Behandlungsdaten und Befunde von mitbehandelnden Ärzten, Psychotherapeuten oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, von mir einholen darf. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meine Hausärztin weiterzuleiten. Meine Hausärztin darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

☐

dass meine behandelnde Hausärztin Behandlungsdaten und Befunde an mit- und weiterbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weiterleiten darf.

☐

dass an folgende Angehörige/Personen, nach dem deren Identität festgestellt wurde, Überweisungen, Rezepte und andere Formulare weitergegeben werden dürfen:

Name: _____ Geburtsdatum: _____._____._____

Name: _____ Geburtsdatum: _____._____._____

Name: _____ Geburtsdatum: _____._____._____

☐

dass Unterlagen per Fax geschickt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Schwerte den _____._____._____

Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche:r Vertreter:in