



ganzheitliche Hausarztpraxis und Privatpraxis

Dr.med.Carola Osbahr Fachärztin für Allgemeinmedizin - Akupunktur - Notfallmedizin  
 Heinrich-Heine-Straße 16 63486 Bruchköbel  
 Tel: 06181 - 770 13 Fax: 06181 - 78216  
 praxis@place4health.de www.place4health.de

## Anamnesebogen/Schweigepflichtsentbindung

Liebe Patientin, lieber Patient,

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen:

Name: ..... Vorname:.....

geb. am: .....

Beruf (bei Rentner ehemals): .....

Telefon: ..... Handy.....

E-Mail: .....

### Eigenanamnese

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| Bluthochdruck                    | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt     | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |
| Herzerkrankungen                 | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |
| Schlaganfall                     | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |
| Durchblutungsstörungen der Beine | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes        | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |
| Fettstoffwechselstörung          | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |
| Tumorerkrankungen                | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... |

**Seit wann? Nähere Angaben:**

- Lebererkrankungen Nein Ja .....
- Chronische Infektionskrankheiten Nein Ja .....
- Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja .....
- Lungenerkrankung (Asthma, COPD) Nein Ja .....
- Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja .....
- Augenerkrankungen Nein Ja .....
- Psychische Erkrankungen Nein Ja .....
- Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen Nein Ja .....
- Operationen/ Unfälle Nein Ja .....
- Sonstiges Nein Ja .....

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht? Nein Ja

Wenn ja, wie viel : ..... Nicht mehr seit: .....

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel: .....

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

.....

- Andere Allergien?

.....

Wie groß sind Sie: ..... (cm) Wieviel wiegen Sie: ..... (kg)

Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

.....kg, in welchem Zeitraum .....Wo/Mo, gewollt Nein Ja

Leiden Sie unter Nachtschweiß? Nein Ja



## Sozialanamnese

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet

Wohnsituation:  alleine lebend  mit Familie/Partner  sonstiges .....

Betreutes Wohnen  Pflegeheim Welches? .....

Kinder:  Nein  Ja Anzahl.....  Sohn  Tochter Für Kinder: wann geb. Jahr).....

Sport (was & wie oft?)

.....

Pflegestufe vorhanden  Nein  Ja Stufe .....

- nutzen Sie einen Pflegedienst oder Sozialdienst?  Nein  Ja

Name und Ansprechpartner: .....

Tel. Ansprechpartner: .....

Vorsorgevollmacht vorhanden  Nein  Ja (bitte lassen Sie uns eine Kopie zukommen)

Betreuung vorhanden  Nein  Ja (bitte lassen Sie uns eine Kopie zukommen)

- wenn ja: bitte **Namen, Adresse und Telefonnummer** des **Betreuers** angeben und Kopie von **Betreuungsausweis** mitbringen

.....

**Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?**

.....

**Ich möchte bei wichtigen Befunden kontaktiert werden:**  Nein  Ja

Ich möchte das folgende **Person Auskunft** über meine Patientendaten haben darf bzw. in meinem

Auftrag Dokumente abholen darf:  Nein  Ja

Name: .....

Um meine Behandlung zu verbessern, stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass ein **Austausch mit anderen mich behandelnden Einrichtungen**

(z.B.Krankenhaus/Fachärzte/Pflegeeinrichtungen/Therapeuten etc.) statt finden darf.

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren **Impfausweis** mit.

**Bitte vereinbaren Sie wenn möglich immer einen Termin mit uns um Wartezeiten für alle zu verringern!**

Denken **Sie auch bei akuten Erkrankungen** daran, vorher in der Praxis anzurufen oder nutzen Sie unsere Online-Rezeption auf [www.place4health.de](http://www.place4health.de). Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.

Wir bitten Sie, Termine **mindestens 24 Stunden vorher abzusagen**, wenn Sie diese nicht einhalten können.

**Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit.** Bitte geben Sie **diesen Fragebogen** und **den Bogen bzgl. des Datenschutzes** am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Bruchköbel, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_