



Dok.Typ	Dok.Referenznummer	Rev.-Stand	Erstellung / Überarbeitung	Inhaltliche / Fachliche Prüfung
FO	12100000-0001	Rev 15	Katrin Deyerberg	Scholz, Schöfer, Bürke u. Kollegen Dres.
QEP 1.2.1	Ziel 1, (Kernziel), Anamnese Fragebogen			

### **Anamnese-Fragebogen**

Veröffentlichung / Freigabe  
Scholz, Schöfer, Bürke u.  
Kollegen Dres.

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

geb. \_\_\_\_\_ Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefon tagsüber: \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt mit Anschrift: \_\_\_\_\_

Jetzige Beschwerden oder Grund der Vorstellung:

\_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg, Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewichtsabnahme:  ja  nein

Stuhlgang: Verstopfung:  ja  nein

Durchfall:  ja wie oft/Tag? \_\_\_\_\_

Blut im Stuhl:  ja  nein

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?  ja  nein

Wenn ja, welchen Typ Diabetes:  Typ 1  Typ 2

Sind Sie insulinpflichtig?  ja  nein

Bekannte Allergien?

\_\_\_\_\_

- 
- Sind Sie Raucher?  ja, wie viel: \_\_\_\_\_ Stück./Tag  
 nein
- Trinken Sie Alkohol?  nein  gelegentlich  regelmäßig
- Leiden Sie an Asthma?  ja  nein
- Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel ein?  
(z.B. Marcumar, ASS, Plavix...)  ja  nein
- Nehmen Sie Drogen?  ja  nein
- Wurde jemals eine Herzerkrankung festgestellt?  ja  nein
- Haben Sie einen Herzschrittmacher oder  
Herzklappenersatz?  ja  nein
- Leiden Sie an Bluthochdruck?  ja  nein
- Leiden Sie unter Epilepsie (Krampfanfälle)?  ja  nein
- Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein
- Haben Sie eine Augenerkrankung? (z.B. grüner Star)  ja  nein
- Hatten Sie jemals eine Lebererkrankung? (z.B. Hepatitis)  ja  nein
- Hatten Sie jemals eine Nierenerkrankung?  ja  nein
- Hatten Sie jemals Tuberkulose oder eine  
Geschlechtskrankheit?  ja  nein
- Besteht die Möglichkeit, dass Sie eine HIV- Infektion  
(Aids) haben?  ja  nein
- Leiden Sie an Rheumatismus?  ja  nein
- Wurden Sie jemals wegen einer Tumorerkrankung  
behandelt?  ja  nein
- Sonstige Erkrankungen?

Welche? \_\_\_\_\_

Besteht eine Schwangerschaft oder ein Verdacht?  ja  nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

---

Nehmen Sie an Vorsorgeuntersuchungen teil und wenn ja an welchen?

---

Ebenfalls verpflichte ich mich, über Änderungen, die sich während der gesamten  
Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen.

Langen,den: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Liebe Patientin, lieber Patient,

für eine umfassende gute Betreuung ist es für unsere Ärztin und Ärzte wichtig über Ihre bisherige Krankheitsgeschichte informiert zu sein. Dafür haben wir einen Fragebogen vorbereitet.

Wir bitten Sie diesen auszufüllen und wären Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Bogen zur Untersuchung mitbringen könnten.

Wir benötigen ebenfalls die unterschriebene Einverständniserklärung und Vollmacht zur Befundeinholung, die hier auch aufgeführt sind.

### **Einverständnis und Vollmacht zur Befundeinholung**

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte der internistischen Gemeinschaftspraxis Drs. Scholz/Schöfer/Bürke/Behnken/Olbrich meine Krankenunterlagen in Schriftform per Brief Fax, ggf. ggf. elektronisch über eine geschlossene und gesicherte Datenverbindung bei Leistungserbringern anfordern und einsehen dürfen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnder Ärztinnen und Ärzte übermittelt werden dürfen. Die übermittelten Daten unterliegen dabei der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann. Ferner erlischt mein Einverständnis automatisch mit Abschluss der Behandlung, bzw. Betreuung durch die Praxis. Auskunft über beteiligten Einrichtungen wird mir auf Nachfrage erteilt.

Ort, Datum:

Unterschrift (Titel, Vorname, Zusatz, Name):

---

---

Name in Druckbuchstaben:

---

Bitte geben Sie uns, wenn gewünscht, eine auskunftsberechtigte Person mit Telefonnummer an:

---