

## Anamnesebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in), um Sie optimal behandeln, benötigen wir einige Informationen zu Ihrer Person.

Bitte füllen Sie die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen aus. Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Versicherung

### Allgemeine Fragen

**Sind Sie regelmäßig in ärztlicher oder heilpraktischer Behandlung?**    Nein  / Ja  Wenn ja:

Hausarzt  Zahnarzt  Internist  Orthopäde  Psychologe/Psychotherapeut  Osteopath

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

Schlaganfall

Zuckerkrankheit / Diabetes  Augenerkrankungen

Fettstoffwechselstörungen

Tumorerkrankungen

Lebererkrankungen

Chronische Infektionskrankheiten

Pfeiffer Drüsenfieber

Blutgerinnungsstörungen

(z.B. HIV, Hepatitis)

(Synonym: Epstein-Barr Virus)

(z.B. Vit. K Mangel)

Psychische Erkrankungen

Krampfleiden

Unfälle

(z.B. Depressionen)

(z.B. Epilepsie)

(z.B. Schleudertrauma, Umgeknickt)

Neurologische Erkrankungen

Hauterkrankungen

Rheuma

(z.B. MS, Parkinson)

(z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)

Allergien

Krebserkrankungen

(z.B. Tiere, Medikamente, Creme)

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein  / Ja

**Wenn ja welche?**

## Fragen im Detail:

### Beschwerden in den Bronchien und der Lunge:

Nein  / Ja

Häufige Bronchitis  Lungenentzündung  Asthma  Allergische Atembeschwerden  Atemnot

### Beschwerden im Herz-Kreislaufbereich:

Nein  / Ja

Bluthochdruck  Zu niedriger Blutdruck  Beklemmungen  Spürbare Herzschläge  Herzinfarkt

OP  Krampfadern  Gestaute Beine  Thrombosen  Embolien  Durchblutungsstörungen

### Beschwerden im Verdauungsapparat:

Nein  / Ja

Blähungen, Völlegefühl, Krämpfe  Verstopfung  Durchfall  Blut im Stuhl

Sodbrennen  Nahrungsmittelallergie  Nahrungsmittelunverträglichkeit

### Beschwerden im urologischen Bereich:

Nein  / Ja

Regelmäßige Blasenentzündungen  Nierensteinen  Reizblase  Prostatabeschwerden

Ständiger Harndrang  Ungewollter Harnabgang  Probleme beim Wasser lassen

### Beschwerden im gynäkologischen Bereich:

Nein  / Ja

Schmerzen vor, während der Regel  Beschwerden während des Eisprungs  OP's

Haben/Hatten Sie Probleme während der Schwangerschaft

Haben/Hatten Sie Probleme schwanger zu werden

Wie viele Geburten hatten Sie? \_\_\_\_\_ Hatten Sie Fehlgeburten

### Noch ein paar wichtige Fragen im Allgemeinen:

#### Leiden sie unter:

Schlafproblemen  Müdigkeit  Ruhelosigkeit  Schwitzen in der Nacht

Ungewolltem Gewichtsverlust  Immer wieder leicht erhöhter Temperatur

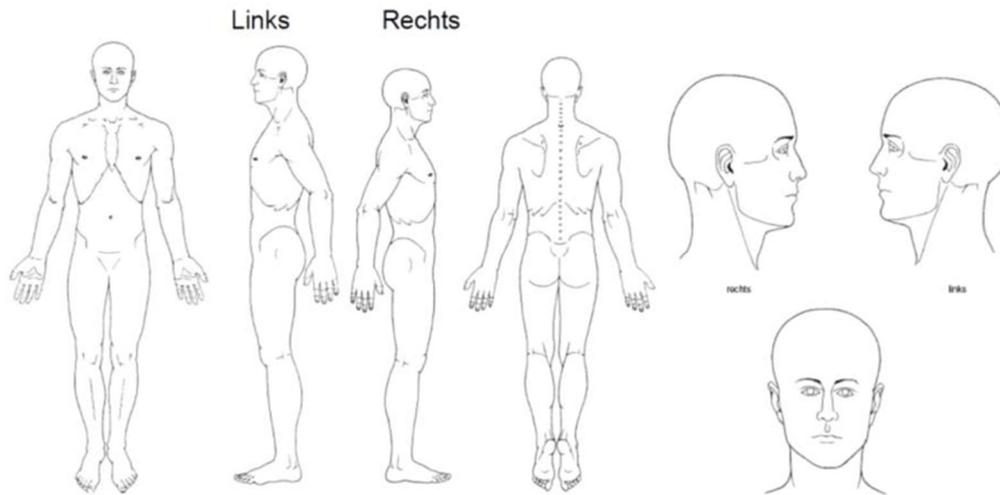
Geschwollenen oder schmerzhaften Lymphknoten

**Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, welche Operation und ungefähre Zeitangabe** Nein  / Ja

## Jetzige Beschwerden

Welche Beschwerden haben Sie zu uns geführt? Bitte beschreiben Sie.

Kennzeichnen Sie bitte die Regionen Ihrer Beschwerden:



Wann haben die Beschwerden begonnen? Gab es einen Auslöser?

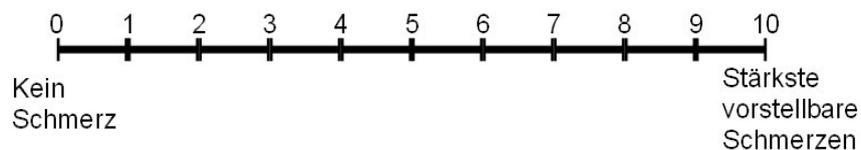
Schmerzverlauf – Mein Schmerz... (bitte ankreuzen)

- hat seit dem ersten Auftreten zugenommen  hat abgenommen   
ist gleich geblieben  ist konstant  ist nur zeitweise spürbar   
momentan nicht vorhanden, ich weiß aber, dass er immer wieder auftreten kann

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- Stechend  Dumpf  Pochend  Krampfend  Ziehend  Brennend  mit Kribbeln

Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?



## Welche Faktoren haben Einfluss auf die Beschwerden?

### Schlecht bei:

Bei Bewegung  Im Stehen  Im Liegen  Im Sitzen  In der Nacht   
Am Morgen, wird im Laufe des Tages besser  Bei Ärger/Stress

### Besser bei:

Bei Bewegung  Im Stehen  Im Liegen  Im Sitzen  In der Nacht   
Am Morgen  Bei Ablenkung, wenn ja, welche \_\_\_\_\_

## Welche Beschwerden haben Sie außer Schmerz (z.B. Ameisenlaufen, Taubheitsgefühle, funktioniert etwas nicht richtig, Schwindel, Koordinationsstörungen)

### Hatten Sie Voruntersuchungen, wie Facharztbesuche

Nein  / Ja

(z.B. neurologisch, internistisch, urologisch, orthopädisch, gynäkologisch ...), Röntgen, Kernspintomografie o.ä.?

Wenn ja, welche Ergebnisse gab es?

### Hatten Sie Vorbehandlungen (Injektionen, Operationen, Physiotherapie, Einrenken, Kur...)?

Wenn ja, welche:

### Leiden Sie unter seelischen Belastungen (z.B. Stress, Konflikte, Trauer)?

Nein  / Ja

### Was wollen Sie erreichen (Behandlungsziel)?



**Terminabsage:**

Wir sind ausschließlich eine Terminpraxis, weshalb es dringend erforderlich ist, dass Sie nicht wahrnehmbare Termine **mindestens 24 Stunden vorher absagen**. Mir ist bekannt, dass Heilmittelverordnungen ernst zu nehmen sind. Nicht rechtzeitig abgesagte, oder unentschuldig nicht wahrgenommene Termine können mir gemäß § 615 BGB **privat** in Höhe der Vergütungsregelung **in Rechnung gestellt werden**. Die Ausfallkosten übernimmt Ihre Krankenkasse nicht.

**Haftung:**

Die Haftung der Leibos Praxisgemeinschaft für Personen-, Sach- und Vermögensschaden wird für alle Fälle von Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Unberührt bleibt eine weitergehende Haftung- auch in Bezug auf Mitarbeiter - für Vorsatz.

**Datenweitergabe:**

Die Information zum Datenschutz (Stand 25.05.2018) im Aushang habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten, der Erfüllung des Behandlungsvertrags, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder dem Patienten, zur therapeutischen Dokumentation, zum Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen. Zu diesen Zwecken können meine Daten an den überweisenden Arzt, die Krankenkasse die Abrechnungsfirma weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt: Zur Pflege der Kontaktdaten, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, zur therapeutischen Dokumentation. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**Aufklärung:**

Ich wurde zudem insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose und die Therapie aufgeklärt. Ich willige ausdrücklich in die durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen ein.

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Patienten/-in oder des gesetzlichen Vertreters