

## Anamnese-Fragebogen

### 1. Allgemeine Angaben

Name:	Geb.-Datum:
Tel.-Nr.:	Mobil-Nr.:
E-Mail-Adresse (*freiwillige Angabe):	
Größe:	Gewicht:
Krankenkasse (ggf. + Beihilfe):	

### 2. Sozialanamnese

Beruf:	
Familienstatus:	
<input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner: _____	
<input type="checkbox"/> alleinstehend	
<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung: _____	
<input type="checkbox"/> Kinder (Anzahl): _____	
<input type="checkbox"/> Familiäre Vorerkrankungen:	
<input type="checkbox"/> ja, wer/welche Erkrankung: _____	
<input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad: _____	Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: _____
Eine Patientenverfügung liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor <input type="checkbox"/>	

Hausarzt (Name + Adresse): \_\_\_\_\_

1. Facharzt (Name + Adresse): \_\_\_\_\_

2. Facharzt (Name + Adresse): \_\_\_\_\_

### 3. Medikamente (bitte Medikamentenliste/Einnahmeplan beifügen):

Medikament + Dosis	Morgens	mittags	abends	Bemerkungen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 4. Erfolgte Operationen:

Art der Operation	Wann erfolgt

5. **Vorerkrankungen:**

<b>Erkrankung</b>	<b>seit/wann</b>	
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus (Blutzucker)	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
hohe Blutfette (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Thrombosen / Embolien	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsen-Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein
Weitere Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. **Vegetative Anamnese:**

Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	
Schlaf	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schlecht	
Trinkmenge in 24 Std.	<input type="checkbox"/> weniger als 1,5 l	<input type="checkbox"/> ca. 1,5 l	<input type="checkbox"/> ca. 2 l	<input type="checkbox"/> mehr als 2 l
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> unregelmäßig		
	<input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall		
	<input type="checkbox"/> Blutbeimengung	<input type="checkbox"/> Schleimbeimengung		
Farbe	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> schwarz	<input type="checkbox"/> lehmfarben	
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Brennen	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Blut im Urin
	<input type="checkbox"/> nachts, wenn ja wie oft _____ X			
Husten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Auswurf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Farbe: <input type="checkbox"/> weiß <input type="checkbox"/> gelb <input type="checkbox"/> grün			
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja, wieviel Schachteln/Tag: _____ seit wann: _____			
	<input type="checkbox"/> nein			
	Ex-Raucher <input type="checkbox"/> ja, seit wann: _____			
Alkohol	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> regelmäßig
	Wieviel: Gläser/Tag _____ oder Flaschen/Tag _____			
	<input type="checkbox"/> Bier	<input type="checkbox"/> Wein	<input type="checkbox"/> Schnaps	
Allergien	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Lebensmittel	<input type="checkbox"/> Kontrastmittel	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
	<input type="checkbox"/> Medikamente (z.B. Penicillin): _____			
Luftnot	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> beim Laufen	<input type="checkbox"/> im Liegen	

Datum:

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



## Einverständniserklärungen Datenschutz nach der DSGVO (Stand Mai 2018)

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien\* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können (\*auf Nachfrage nennen wir Ihnen gerne unsere kooperierenden Laboratorien)
- GOSPL – Gesellschaft für Onkologische Studien, Praxismanagement und -logistik nutzt die Daten für die Rechnungserstellung für IGEL- und Privatpatient/in und Studienpatienten (zusätzliche Einverständniserklärung)
- Kostenträger, Haus- und Facharzt/innen, Apotheke, Physiotherapeut/innen, Behörden, Krankenhäuser

1. Ich erlaube hiermit dem Praxisnetzwerk Hämatologie/Onkologie persönliche Daten von mir bei anderen Institutionen im Gesundheitswesen (Praxen oder Krankenhäuser) anzufordern.

ja

nein

2. Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Name/Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name/Telefonnummer \_\_\_\_\_

3. Folgende Personen dürfen Auskunft bzgl. meiner Daten einholen und im Falle eines Notfalles kontaktiert werden:

Name/Telefonnummer \_\_\_\_\_

Name/Telefonnummer \_\_\_\_\_

4. Ich bin damit einverstanden, dass ich per Anruf oder E-Mail an meine Termine erinnert werde. Persönliche Befunde dürfen unverschlüsselt an meine folgende E-Mail Adresse versendet werden. (wenn nicht gewünscht bitte streichen)

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

**Nach dem Online-Ausfüllen des Bogens können Sie ihn entweder downloaden oder ausdrucken:**



**Zum Abspeichern klicken Sie am oberen rechten Fensterrand auf eines dieser Symbole.**



**Zum Ausdrucken klicken Sie am oberen rechten Fensterrand auf eines dieser Symbole.**