



## Hausärzte Bad Schwartau – Praxis Dr. med. Helge Züllich

Dr. med. Annika Kranich

Fachärztin für Innere Medizin, Hausärztin

Dr. med. Lisa Schulz

Fachärztin für Innere Medizin, Hausärztin

Dr. med. Helge Züllich

Facharzt für Innere Medizin, Hausarzt, Palliativmedizin

Lübecker Straße 52  
23611 Bad Schwartau

Telefon 0451 23434  
Telefax 0451 26793

www.hausaerzte-bad-schwartau.de  
praxis@hausaeerzte-bad-schwartau.de

KIM-Email-Adresse:  
0189256.kvsh@kv.dox.kim.telematik

## Anamnesebogen

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis!**

Um Sie optimal zu beraten bzw. zu behandeln, benötigen wir zur umfassenden Einschätzung einige Informationen von Ihnen. Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der strengen ärztlichen Schweigepflicht.

### Hinweise zum Datenschutz und Einwilligungserklärung

Beim Besuch unserer Praxis als Patient werden personenbezogene Daten erhoben, gespeichert, verwendet und teilweise an Dritte übermittelt.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Einige Informationen sind Pflichtangaben (z.B. Name, Vorname, Adresse o.ä.), andere Angaben sind freiwillig (z.B. bekannte Allergien, Medikamenteneinnahme o.ä.). Wir weisen jedoch ausdrücklich darauf hin, dass eine sorgfältige und vertrauensvolle Behandlung nicht erfolgen kann, wenn die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt werden.

Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und über Ihre Rechte finden Sie in unserer Datenschutzerklärung als Aushang in unserer Praxis oder auf unserer Webseite [www.hausaerzte-bad-schwartau.de](http://www.hausaerzte-bad-schwartau.de). Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

**Hiermit erkläre ich, dass ich die Hinweise zum Datenschutz gelesen habe und mit der Erhebung, Verwendung und Speicherung auch der freiwilligen personenbezogenen Daten einverstanden bin.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?**  Ja  Nein

Wenn ja, wogegen? \_\_\_\_\_

**Leiden oder litten Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen?**  Ja  Nein

Wenn ja, an welchen und seit wann?

- |   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Herz                       | _____ | <input type="checkbox"/> Lungen/Bronchien | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | _____ | <input type="checkbox"/> Schilddrüse      | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zucker) | _____ | <input type="checkbox"/> Leber            | _____ |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette          | _____ | <input type="checkbox"/> Nieren           | _____ |
| <input type="checkbox"/> Gelenke                    | _____ | <input type="checkbox"/> Magen/Darm       | _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie (Krampfleiden)   | _____ | <input type="checkbox"/> Immunschwäche    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:                  | _____ |   | _____ |

**Sind Sie in der Vergangenheit operiert worden?**

Ja  Nein

Wenn ja, woran und wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Ja  Nein

Handelsname/Wirkstoff und Dosis	morgens	mittags	abends	bei Bedarf
_____				
_____				
_____				
_____				
_____				

**Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine oder andere Substanzen ein?**

Ja  Nein

**Sind Sie bei anderen Fachärzten in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?**

Ja  Nein

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie groß und wie schwer sind Sie? Größe: \_\_\_\_\_ cm. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg.**

**Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?**

Nie

Früher, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_. Über den gesamten Zeitraum im  
 Ja, seit \_\_\_\_\_. Durchschnitt \_\_\_\_\_ Zig./Tag

**Treiben Sie Sport?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche Sportart(en)? \_\_\_\_\_

**Sind Erkrankungen bei Verwandten bekannt?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welchen Beruf üben oder übten Sie aus?** \_\_\_\_\_

**Familienstand:**  Ledig.  Verheiratet.  Feste Partnerschaft.  Verwitwet. \_\_\_\_\_ Kind(er).

**Haben Sie Vertrauens- oder Kontaktpersonen?**

Name(n): \_\_\_\_\_

**Benutzen Sie Hilfsmittel?**

Ja  Nein

Wenn ja, welche?  Handstock.  Rollator.  Rollstuhl.

**Besteht ein anerkannter Pflegegrad?**

Ja  Nein

Ja, Grad \_\_\_\_\_.

**Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung?**

Ja  Nein

Ja, Grad der Behinderung (GdB): \_\_\_\_\_%. Merkzeichen: \_\_\_\_\_.

**Haben Sie eine Vorsorgevollmacht erteilt oder eine Patientenverfügung verfasst oder gibt es einen gesetzliche(n) Betreuer(in)?**

Ja  Nein

Vorsorgevollmacht. Bevollmächtigte Person: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung.

Gesetzliche(r) Betreuer(in): \_\_\_\_\_