



Hausärzte Bad Schwartau – Praxis Dr. med. Helge Züllich

Dr. med. Annika Kranich

Fachärztin für Innere Medizin, Hausärztin, Geriatrie

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
hausaeerzte-bad-schwartau.de

Telefon 0451 23434
Telefax 0451 26793

E-Mail Praxis: praxis@hausaeerzte-bad-schwartau.de
E-Mail E-Rechnungen: rechnung@hausaeerzte-bad-schwartau.de
E-Mail KIM: 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, Therapievorschlüsse 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.hausaeerzte-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): _____