



Anamnesebogen

Personalien

Name: Vorname:
 Geb.dat.: Tel:
 Straße: PLZ/ Ort:
 Größe: cm Gewicht: kg

Bitte beschreiben Sie die aktuellen gesundheitlichen Beschwerden, die Sie zu uns in die Gemeinschaftspraxis führen:

.....

Soziale Situation (Berufsausbildung, Familienstand, Kinder u.a.)

.....

Berufliche Situation

Ausgeübter Beruf:
 Berufliche Tätigkeit: vorwiegend sitzend viel Bewegung schwere körperliche Arbeit
 Stress: wenig mäßig viel
 Emotionale Belastung: wenig mäßig viel
 Arbeitszeiten? Stunden/Woche Schichtdienst? Ja Nein

Schadstoffbelastung

Sind Sie am Arbeitsplatz / zu Hause hohen Schadstoffbelastungen ausgesetzt? Ja Nein
 Welche?

Haben Sie Zahnfüllungen aus Amalgam? Ja (Anzahl) Nein

Treiben Sie Sport?

Täglich Wöchentlich Gelegentlich Nie
 Sportarten?

Konsumieren Sie regelmäßig:

Kaffee/ schwarzen Tee? Nein 1-3 Tassen tgl. mehr als 4 Tassen
 Alkohol? Nein Menge: Art:
 Nikotin? Nein Ex-Raucher/in Menge:

Appetit:

Gut mäßig schlecht
 Leiden Sie an **Nahrungsmittelunverträglichkeiten**?

Wenn ja, welche?
 Haben Sie ein bestimmtes Verlangen oder eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel?
 Wenn ja, gegen welche?

Essen Sie:

Normale bürgerliche Kost Vegetarische Kost Vollwertkost

Sonstige Kost:

Wie oft essen Sie:	täglich	mehrmals pro Woche	nie
Obst oder Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Kantinen/ Restaurants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch/ Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen/ Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonade/ Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch, Käse, Sahne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Stuhl:

Unauffällig Regelmäßig Verstopfung Durchfall

Nehmen Sie regelmäßig Abführmittel ein?

Wenn ja, um welche handelt es sich:

Wasserlassen:

Beschwerdefrei Häufig Nachts x Schmerzhaft

Menstruation:

Regelmäßiger Zyklus unregelmäßiger Zyklus

Wie ist die Blutung? schwach stark dunkel hell

In welchem Alter hatten Sie die erste Periode?

Haben Sie Beschwerden vor oder während der Periode?

Wann war Ihre letzte Periode?

Mit welchem Alter begannen bei Ihnen die Wechseljahre?

Mit welcher Methode verhüten Sie?

Geburten:

Wie viele Geburten (einschließlich Fehlgeburten) hatten Sie?

Wann waren die Geburten?

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft oder bei der Geburt?

Schwitzen:

Dauernd viel normal wenig nur bei Anstrengung in Ruhe nachts

Schlaf:

Normal Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Nehmen Sie regelmäßig Schlaf- oder Beruhigungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, welche, wieviel, seit wann?

Medikamente (auch regelmäßige Eigenmedikation)

Welche und in welcher Dosierung?

.....

.....

.....

.....

Pille oder sonstige Hormonpräparate /-pflaster ?

Name.....

Nehmen Sie Mikronährstoffe zu sich (Vitamine, Mineralstoffe o.a.)? Welche?

.....

.....

.....

.....

Welche Impfungen haben Sie durchführen lassen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Dr. med. Stephan Wey

Facharzt für Innere Medizin, Naturheilverfahren

Maria Sokolowski

Fachärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren

Laubachstr. 38

77886 Lauf

Tel.: 07841/62 32 0

Fax: 07841/62 32 10

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis **Gemeinschaftspraxis Dr. med. Stephan Wey und Maria Sokolowski** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters