



PATIENTEN-FRAGEBOGEN

ANAMNESE

Informationen zum Patienten-Fragebogen:

Liebe Patienten, diesen Fragebogen müssen Sie nur einmal ausfüllen.

Nach einer Änderung des Patientenrechtegesetzes § 630 BGB zum 26.02.2013 ist es nun notwendig, dass Sie diesen Fragebogen ausfüllen, damit wir unserer (gesetzlichen) Verpflichtung nachkommen können. Diese Vorschrift findet sich in dem neuen § 630 e BGB, der die Pflicht zur Patienten-Aufklärung beschreibt.

Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht weitergegeben.

Füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Geben Sie bitte auch Beginn, Dauer, Häufigkeit und Intensität Ihrer Erkrankung(en) und / oder Schmerzen an. Nehmen Sie sich bitte ausreichend Zeit für die Beantwortung dieses Fragebogens. Je genauer Sie die Fragen beantworten, umso besser können wir die Therapie für Sie planen.

Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichend sein, verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt.

Bitte umkreisen, wenn zutreffend und stichwortartig ausfüllen.

Ist Ihnen etwas unklar sein, haben Sie Fragen oder brauchen Sie Hilfe beim Ausfüllen?

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon privat:

Mobiltelefon:

E-Mail:

Beruf:

Frühere Berufe:

Welche Sportarten betreiben Sie und wie oft?

Gewicht in kg:

Größe in cm:

Blutgruppe:

Familienstand:

ledig

Partnerschaft

verheiratet

geschieden

verwitwet

Krankenversicherung:

gesetzlich

privat

Beihilfe

zuzahlungsbefreit seit:

FRAGEN ZU DERZEITIGEN BESCHWERDEN

Ärztliche Diagnose:

Wo haben Sie Beschwerden/Schmerzen?

Wodurch werden die Beschwerden/Schmerzen verursacht?

Wie häufig treten die Beschwerden/Schmerzen auf?

morgens	tagsüber	abends	nachts	in Ruhe	bei Bewegung
---------	----------	--------	--------	---------	--------------

Was verstärkt oder lindert die Beschwerden / Schmerzen? (z.B. beim Heben, Stehen, Sitzen, Liegen usw.)

Bessern sich die Beschwerden / Schmerzen in bestimmten Körperhaltungen? (z.B. beim Vornüberbeugen usw.)

Welcher Art sind die Beschwerden / Schmerzen? (z.B. ziehend, stechend, drückend, pochend etc.)

Verstärken sich die Beschwerden / Schmerzen bei Belastung oder durch Husten, Niesen oder Pressen?

Haben Sie neben den Beschwerden / Schmerzen auch Empfindungsstörungen?

(z.B. Lähmungen, Kribbeln, Taubheit etc.)

Worauf führen Sie Ihre Beschwerden / Schmerzen zurück?

privat	beruflich	Sport	Unfall	Operation	Fraktur
--------	-----------	-------	--------	-----------	---------

Wie stark sind Ihre derzeitigen Beschwerden / Schmerzen?

schwach	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr stark
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Wie sehr belasten Sie die derzeitigen Beschwerden / Schmerzen?

schwach	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	sehr stark
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Haben Sie Osteoporose, Arthrose, rheumatische Erkrankungen, Gicht?

Wenn ja welche?

Haben Sie Diabetes? Wenn ja, welcher Typ?

In Behandlung?

Über Ernährung?

Medikamente?

Insulinpflicht?

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Haben Sie Herz/Kreislaufbeschwerden?
Wenn ja, welche?

Ist Ihr Blutdruck: normal zu niedrig zu hoch?

Haben Sie Allergien? Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? (Gibt es
Berichte darüber?)

Hatten Sie Unfälle? Wenn ja, welche(r) Art?

Welche Therapien sind schon durchgeführt worden?

Mit welchem Erfolg?

Hatten Sie einen Zeckenstich?
Wurde dadurch eine Erkrankung hervorgerufen?

Wann? Welche? FMSE Borreliose

Rauchen Sie? Wenn ja: Wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol?
nein selten täglich monatlich vierteljährlich

Nehmen Sie Drogen? Wenn ja: Welche?

Seit wann?

Sind Sie schwanger oder in der Stillzeit?

Haben Sie besondere, hier bisher nicht abgefragte
Erkrankungen, Beschwerden, Schmerzen, Therapien?

Ich habe den Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt.

Datum, Ort

Unterschrift Patient / Vertretungsberechtigter