

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEINMEDIZIN



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
herzlich willkommen bei EOLIA.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen bei Ihrem ersten Besuch aus.
Bitte beachten Sie die beigefügte Information zum Datenschutz. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

EOLIA
DR. BENSCH & KOLLEGEN

GEFÄßCHIRURGIE
LYMPHOLOGIE
ALLGEMEINMEDIZIN

MAINZ | BAD KREUZNACH

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name | Vorname

Geburtsdatum

Straße | Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon (tagsüber)

E-Mail *Freiwillige Angabe – wenn Sie die Kontak-
tierung zu medizinischen Sachverhalten
über dieses Medium wünschen

Beruf *Freiwillige Angabe – dient der optimalen
und individuellen Diagnose sowie Therapie-
planung

KRANKENKASSE | VERSICHERUNG

Wie sind Sie versichert?

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Bei wem sind Sie versichert?

WEGEN WELCHER KRANKHEIT WERDEN ODER WURDEN SIE BEHANDELT?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

ALLERGIEN

Medikamente (z. B. Penicillin)

Wenn ja, welche? _____

Heuschnupfen

Wenn ja, welche Pollen? _____

Nahrungsmittel

Wenn ja, welche? _____

Besitzen Sie einen Allergiepass?

Ja Nein

BLUTERKRANKUNGEN

Blutarmut (Anämie)

Blutungsneigung (Hämophilie)

Thrombose

HERZERKRANKUNGEN

Angina pectoris

Herzstolpern (Arrhythmie)

Herzschwäche (Insuffizienz)

Herzinfarkt

Wenn ja, wann und wie viele? _____

Herzschrittmacher

Wenn ja, wann wurde dieser eingesetzt? _____

Herzklappenerkrankung

INFEKTIONSKRANKHEITEN

HIV | AIDS

Hepatitis: A B C

Tuberkulose

GEFÄß- | KREISLAUFERKRANKUNGEN

Hoher Blutdruck (Hypertonie)

Niedriger Blutdruck (Hypotonie)

Arterienerkrankung (pAVK)

Venen (tiefe Venenthrombose |
venöse Insuffizienz)

Ödeme (Lymphödem | Lipödem)

BITTE WENDEN

LUNGENERKRANKUNGEN

- Asthma bronchiale
- COPD

MAGEN- | DARMERKRANKUNGEN

- Colitis ulcerosa
- Morbus Chron

ERKRANKUNGEN DES NERVENSYSTEMS

- Krampfanfälle (Epilepsie)
- Migräne

ERKRANKUNGEN DES NIEREN- | GENITALTRAKTES

- Nierenerkrankung | Niereninsuffizienz
- Prostataerkrankung
- Häufige Blasenentzündungen

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

- Angststörung
- Depression
- Psychose

STOFFWECHSELERKRANKUNGEN

- Diabetes mellitus (Zuckererkrankung): Typ I Typ II
- Harnsäure (Hyperurikämie | Gicht) Vitaminmangel
- Schilddrüsenerkrankung (Struma | M. Basedow | Hashimoto | Thyreoiditis | Hypothyreose) Fettstoffwechselstörung (Cholesterin | Triglyceride)

ORTHOPÄDIE

- Bandscheibenvorfall
- Schulterschmerzen
- Morbus Bechterew | Scheuermann
- Gelenkerkrankung
- Wenn ja, wann? _____
- Rechts Links Wirbelsäulenoperation
- Arthrose Osteoporose
- Schmerzen an Hals- | Brust- | Lendenwirbelsäule

TUMORERKRANKUNGEN

- Krebs | Metastasen

SONSTIGE ERKRANKUNGEN

ANGABEN BEI PATIENTINNEN

- Menstruationsbeschwerden
- Aktuelle Schwangerschaft
- Wenn ja, in welchem Monat? _____
- Orale Kontrazeption (Pille)

WEITERE ANGABEN

- Rauchen Sie?
- Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____
- Operationen | Unfälle?
- Wenn ja, wann bzw. welche OPs? _____
- Treiben Sie Sport?
- Wenn ja, welcher Art und wie oft? _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?

WELCHE MEDIKAMENTE NEHMEN SIE REGELMÄßIG EIN?

Name des Medikaments Dosierung	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein? (ASS® | Marcumar® | Pradaxa® | Eliquis® | Xarelto®) Ja Nein

WELCHE SCHUTZIMPFUNGEN HABEN SIE BEKOMMEN?

Bitte nur Zutreffendes ankreuzen.

- Tetanus Diphtherie Polio Reiseimpfungen
- Masern Pertussis (Keuchhusten) Mumps Röteln
- Hepatitis A Hepatitis B FSME (Zecken) Grippe
- Pneumokokken

SONSTIGES

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

*Freiwillige Angabe – hierzu erheben wir praxisintern eine Statistik

Wir möchten die Wartezeiten in unserer Praxis so kurz wie möglich halten. Bitte sagen Sie Ihren Termin rechtzeitig ab, falls Sie verhindert sind – gerne per E-Mail oder per Telefon. Wir sind berechtigt, Ihnen die Kosten für einen unentschuldig ausgefallenen Termin privat in Rechnung zu stellen.

HINWEISE ZUM SCHUTZ IHRER PERSONENBEZOGENEN DATEN | *HINWEIS ZU FREIWILLIGEN ANGABEN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich meine freiwilligen Angaben, deren Rechtsgrundlage für die Verarbeitung meine vorliegende Einwilligung ist, jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis (für meine Daten verantwortlich) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort | Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Beantwortungszeit!
Ihr EOLIA-Team.