

Anamnese-Bogen - Praxis "Raum und Zeit"



Name _____ Vorname _____

Strasse / Nr. _____ PLZ, Ort _____

Tel. Nr. Privat _____ Mobile Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Geb. Datum: _____ Beziehung/Zivilstand: _____

Jahrgänge Kind(er) _____ Beruf _____

Grösse / Gewicht _____ Gewicht schwankend ? / stabil ? _____

Freizeitbeschäftigung(en) _____

Krankenkasse Zusatzversicherung _____

Kennnummer der Versicherungskarte _____

Name des Hausarztes/behandelnder Arzt: _____

Hauptbeschwerden

Welches sind Ihre Hauptbeschwerden? _____

Wo? Seit wann? Wie oft? _____

Intensität der Beschwerden: gering = 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = unerträglich

Auslösende Faktoren _____

Lindernde Faktoren _____

Verstärkende Faktoren _____

Bisherige Massnahmen _____

Sind Sie zur Zeit anderweitig in Behandlung _____

Haben Sie andere Beschwerden? _____

Was erwarten Sie von der Behandlung? _____

Ernährungs- und Trinkgewohnheiten

Was essen und trinken Sie zum Frühstück (bitte beschreiben)

Was essen und trinken Sie zum Mittagessen (bitte beschreiben)

Was essen und trinken Sie zum Znüni / Zvieri? _____

Was essen und trinken Sie zum Abendessen (bitte beschreiben)?

Weitere Essensgewohnheiten? _____

Besteht eine Lebensmittelintoleranz / -allergie? Worauf?

Haben Sie eine Abneigung gegen Lebensmittel? _____

Ihr absolutes Lieblingsessen (wenns nicht drauf an käme)? _____

Wie ist Ihr Durstgefühl? Wie viel trinken Sie täglich? _____

Wie viel Alkohol trinken Sie? Häufigkeit? _____

Rauchen Sie? Wie viel und seit wann? _____

Konsumieren / konsumierten Sie Drogen? _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Auch selbstgekaufte Homöopathikas, Hormone (z.B. Pille)

Medikament zur Behandlung von? seit wann / wie viel / Dosierung

Vor- und Begleiterkrankungen

Schreiben Sie alle Krankheiten auf, die Sie in der Kindheit hatten (z.B. Windpocken, häufige Mittelohrentzündung etc. und das ungefähre Alter)

Haben Sie weitere Krankheiten oder Beschwerden?

Durchgeführte Impfungen? Waren Sie in den letzten 3 Jahren im Ausland und haben sich diesbezüglich impfen lassen? (bitte Impfausweis mitbringen)

Hatten Sie Operationen? Welcher Art? Wann?

Gab es Spitalaufenthalte? Wann und weshalb?

Haben Sie Herz-Kreislaufbeschwerden? _____

Sind Ihre Gefäße intakt? (Krampfadern, Durchblutungsstörung?)

Haben oder hatten Sie bösartige Erkrankungen oder Tumore?

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung (Diabetes mellitus I, Multiple Sklerose, Rheuma...)?

Besteht eine Immunschwäche? (HIV, Hepatitis) _____

Haben Sie Hautbeschwerden? Neurodermitis? Psoriasis? Ekzeme? Pilzbefall? etc.

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Rückenschmerzen? Verspannungen?

Beschreiben Sie Ihre psychische Befindlichkeit

Wie ist der Zustand Ihrer Zähne? (eiternde oder wurzeltote Zähne, Amalgamfüllungen, entfernte Amalgamfüllungen?)

Sind Sie Allergiker/in? Worauf und seit wann und wie stark?

Körperfunktionen / Fühlen Sie sich fit und leistungsfähig?

Ist Ihnen eher warm oder kalt? _____

Haben Sie Nachtschweiss? Wo besonders? _____

Schwitzen Sie sonst viel oder gar nicht? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Einschlafschwierigkeiten, Durchschlafschwierigkeiten?

Können Sie problemlos atmen? _____

Leiden Sie unter Husten / Auswurf / Übelkeit / Erbrechen / Haarausfall? _____

Wie ist Ihr Stuhlgang? Häufigkeit, Konsistenz, Geruch, Farbe, Beimengungen (Blut, Schleim)

Haben Sie Blähungen?

Wie ist Ihr Urinverhalten? Häufigkeit, Menge, Geruch, Farbe, evtl. Schmerzen?

Erkrankungen im Verwandtschaftskreis (Blutsverwandte)

Eltern, Grosseltern, Geschwister, Onkel, Tanten, Cousinen, Cousins

Welche Krankheiten sind häufig und in welchem Verwandtschaftsgrad anzutreffen:

Herz-Kreislauf-Beschwerden (Schlaganfall, Herzinfarkt etc.), Diabetes mellitus, Multiple Sklerose, Psychische Erkrankungen, bösartige Erkrankungen (Krebs)

Soziale Anamnese

Beschreiben Sie Ihre Wohnverhältnisse

Beschreiben Sie Ihr Arbeitsverhältnis (Arbeitsplatz, Team, generelle Arbeit)

Wie setzt sich Ihr soziales Umfeld zusammen, welches sind Ihre nächsten Bezugspersonen

Wie ist der Kontakt zu....

Ihrem Ehe-/Lebenspartner _____

Ihren Kindern _____

Ihren Eltern _____

Ihren Geschwistern (bitte Jahrgänge notieren) _____

Sexualität - Ist Ihre Sexualität für Sie befriedigend?

Bestehen Beschwerden / Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Seit wann?

Ihre Schwangerschaft / Ihre Geburt / Gynäkologie

Haben Sie Informationen zu Ihrer Schwangerschaft und Ihrer Geburt (Komplikationen? Kaiserschnitt?)

Für Frauen

In welchem Alter hatten Sie Ihre Menarche (erste Menstruation)? _____

Wie viele Tage dauert Ihr Zyklus? _____

Wie stark ist Ihre Blutung (Anzahl Binden / Tampons pro Tag)? _____

Leiden Sie unter Menstruationsbeschwerden (vor oder während der Mens)? (Kopf- und / oder Unterleibsschmerzen, Gereiztheit etc.)

Wie verhüten Sie und seit wann? _____

Sind Sie zum jetzigen Zeitpunkt schwanger? (SSW?) _____

Gab es Fehlgeburten oder Abtreibungen? _____

Wie waren die Schwangerschaften und Geburten Ihrer Kinder?

Haben oder hatten Sie Myome? _____

Wann war Ihre letzte Menstruation? _____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? Befund? _____

Welche Information könnte noch von Bedeutung sein? _____

Die Rechnung wird über die Ärztekasse abgerechnet, Sie erhalten von mir selber keine Rechnung.

Bitte lesen Sie dies durch und quittieren Sie Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift:

Datenschutz

Ich erteile die Erlaubnis, die notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragten Institutionen sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Leistungserbringer ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten.

Überdies bin ich damit einverstanden, dass der/die Behandelnde meine Krankenakte auch in elektronischer Form führen darf oder führen lassen kann. Ich akzeptiere mit Unterzeichnung dieses Formulars eine allfällige Rechnungsstellung auf Papier oder elektronisch im Tiers Payant (Rechnung direkt an die Krankenkasse).

Zahlungsverzug Komme ich meiner Zahlungspflicht innert der Zahlungsfrist nicht nach bzw. verzichte ich auf einen begründeten Einwand, so gerate ich mit Ablauf dieser Frist ohne weitere Mahnung in Verzug. Der Leistungserbringer kann jederzeit Dritte für das Inkasso beiziehen. Ich trage die Kosten des Zahlungsverzugs. Details zu den Gebühren bei Zahlungsverzug finden sich unter folgendem Link:
www.aerztekasse.ch/de/patienteninfo/faq/faq.html

Datum, Ort

Unterschrift
