

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis ZfG MVZ GmbH begrüßen zu dürfen.

Um Ihren Besuch optimal zu gestalten, benötigen wir Ihre Mithilfe. Wir bitten Sie, diesen Bogen gewissenhaft auszufüllen, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht des Arztes und seiner Mitarbeiter.

Ihr Praxisteam ZfG MVZ GmbH

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ, Ort	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	E-Mail
Größe	Gewicht	Krankenkasse
Arbeitgeber	Beruf/Tätigkeit	
Hausarzt	Überweisender Arzt	

Bitte nennen Sie Ihre aktuellen Beschwerden oder den Grund für eine Behandlung in unserer Praxis:

Magen-Darm-Erkrankungen

☐ Bauchschmerzen seit: _____	☐ Verstopfung seit: _____
☐ Blähungen seit: _____	☐ Durchfall (> 3 x tgl.) seit: _____
☐ Sodbrennen seit: _____	☐ Darmblutungen seit: _____
☐ Gewichtsverlust seit: _____	☐ sonstige: _____

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Morbus Crohn | ☐ Darmkrebs | ☐ Colitis ulcerosa |
| ☐ Darmpolypen | ☐ Refluxkrankheit/Sodbrennen | ☐ Magengeschwüre/Gastritis |
| ☐ Nahrungsmittel Intol.: _____ | ☐ Helicobacterbehandlungen | |
| ☐ Voroperationen/sonstige: _____ | ☐ perianale Blutung(en) | |

Leber-/Gallenkrankheiten

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Leberwerterhöhung | ☐ chronische Hepatitis | ☐ Hepatitis A/B/C |
| ☐ Fettleber | ☐ Gallensteine | ☐ Leberzirrhose |
| ☐ sonstige: _____ | | |

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Diabetes mellitus Typ I | ☐ Diabetes mellitus Typ II | ☐ insulinpflichtig |
|--|---|---|

Lungenerkrankungen

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Asthma bronchiale | ☐ Chronische Bronchitis | ☐ sonstige: _____ |
|--|--|--|

Herzerkrankung/erhöhter Blutdruck

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Koronare Herzkrankheit | ☐ erhöhter Blutdruck | ☐ Herzschwäche/-insuffizienz |
| ☐ Vorhofflimmern | ☐ Herzinfarkt | ☐ Herzschrittmacher |
| ☐ Herzklappenersatz welcher: _____ | | |
| ☐ sonstige: _____ | | |

Nierenerkrankung

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Niereninsuffizienz | ☐ Nierensteine | ☐ sonstige: _____ |
|---|---------------------------------------|--|

Sonstige

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Ohnmachtsanfälle | ☐ Leukämie/Lymphome | ☐ Infektionskrankheiten
(z.B. HIV, Hep. B/C, Tbc) |
| ☐ Künstliche Gelenke welche: _____ | ☐ Epilepsie | |
| ☐ Fam. Tumorerkrankungen bekannt? _____
(insbes. Darmkrebs) | ☐ sonstige: _____ | |

Nehmen Sie eines der folgenden Medikamente ein? (wenn ja, bitte ankreuzen)

- | | | | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Marcumar | ☐ Xarelto | ☐ Lixiana | ☐ ASS | ☐ Plavix | ☐ Sintrom | ☐ Brilique |
| ☐ Phenpro | ☐ Pradaxa | ☐ Efient | ☐ Aspirin | ☐ Iscover | ☐ Eliquis | ☐ Clopidogrel |
| ☐ Ich nehme keine der o. g. Medikamente oder andere Gerinnungshemmer | | | | | | |

Bestehen allergische Reaktionen, Unverträglichkeiten von Medikamenten oder Spritzen

welche: _____

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? (ggf. auch Rückseite nutzen)

welche und wann: _____

	ja	nein		
Besteht eine Soja- o. Erdnuss-Allergie?	☐	☐		
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	☐	☐	wenn ja, Geburtstermin:	_____
Rauchen Sie?	☐	☐	wenn ja, wieviel:	_____ /Tag seit: _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	☐	☐	wenn ja, wieviel:	_____ /Tag seit: _____
Nehmen Sie Drogen?	☐	☐	wenn ja, welche:	_____

Erhebung der Blutungsanamnese

Ist bei Ihnen jemals eine Gerinnungsstörung festgestellt worden?

Wenn ja, welche: _____

Beobachten Sie folgende Blutungsarten, auch ohne Grund?

	ja	nein
• Nasenbluten (ohne erkennbare Ursache)	☐	☐
• Ist eine Thrombozytopenie bekannt?	☐	☐
• Gelenkblutungen/Blutungen in Weichteile oder Muskeln	☐	☐
• Beobachten Sie eine stark verzögerte Heilung von Wunden	☐	☐
• Beobachten Sie bei Wunden ein längeres Nachbluten	☐	☐
• Trat ein längeres/verstärktes Nachbluten beim Zahnziehen auf	☐	☐
• Trat eine verstärkte Blutung während oder nach einer OP auf	☐	☐
• Gab/Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Blutungsneigung	☐	☐
• Punktförmige Blutungen	☐	☐

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Stammpatient seit mind. 2 Jahren	☐ Internet:	☐ Empfehlung:
☐ Im Vorbeigehen / Praxisschild	☐ Soziale Medien (Facebook, Instagram, TikTok)	☐ Privat: _____
☐ Zeitung / örtl. Mitteilungsblatt	☐ Google	☐ Arzt: _____
	☐ Jameda	

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Praxis der ZfG MVZ GmbH bezüglich anstehender Untersuchungen, Behandlungen, ärztlichen Befunden und weiteren Informationen per unverschlüsselter E-Mail und anderem elektronischen Datenverkehr (z. B. SMS/Messenger) kontaktieren dürfen.

Zudem ist mir bekannt, dass diese Daten unter bestimmten Umständen durch Dritte abgefangen werden können oder das Risiko einer nicht korrekten Übermittlung an einen falschen Empfänger besteht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift