

## Anamnesefragebogen

*Liebe Patientin, lieber Patient,  
damit bei Ihrem ersten Termin möglichst viel Zeit für ein offenes Gespräch und/oder eine  
neurologische Untersuchung bleibt, bitte ich Sie die unten stehenden Fragen zu beantworten. Sollte  
Ihnen etwas unverständlich sein, fragen Sie bitte an der Rezeption oder wir besprechen es  
persönlich. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.*

**Vielen Dank! Dr. med. Kerstin Anvari**

Name: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

**COVID:** Geimpft Ja  2x  3x  Genesen: Ja  Nein

### Liegt Folgendes bei Ihnen vor?

|                                                              |                             |       |                               |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|-------------------------------|
| Grüner Star (Glaukom)?.....                                  | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Asthma bronchiale?.....                                      | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Herzrhythmusstörungen?.....                                  | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck?.....                                          | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Blutzucker (Diabetes mellitus)?.....                         | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rheuma?.....                                                 | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung?.....                                       | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Fettstoffwechselstörung?.....                                | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Krebs-Vorerkrankung?.....                                    | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Schilddrüsenerkrankung?.....                                 | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Lebererkrankungen? (z.B. Hepatitis).....                     | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| HIV?.....                                                    | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Trinken Sie täglich Alkohol?.....                            | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Schlafstörungen?.....                              | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen?.....     | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Appetitlosigkeit oder an Gewichtsabnahme?..... | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Herzschrittmacher?.....                      | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie das Medikament Marcumar?.....                     | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für Frauen: Sind Sie schwanger?.....                         | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für Männer: Prostatavergrößerung?.....                       | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie?.....                                            | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie pflanzliche/homöopathische Mittel ein?.....       | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen Pflegegrad, wenn ja welchen?.....            | Ja <input type="checkbox"/> | ..... | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwerbeschädigt, wenn ja wie viel Prozent? .....   | GdB                         | ..... |                               |
| Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? .....          | _____                       |       |                               |

Sonstige Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt, welche? \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**BITTE BEACHTEN SIE DIE RÜCKSEITE! →→→**

## **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Telefonnummer/Emailadresse)

Erkläre mich einverstanden, dass

|                                                                                                                                        | JA                       | NEIN                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt und/oder überweisenden Arzt übermitteln darf.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| meine Patientendaten via FAX, Telefon, E-Mail oder per Post übermittelt werden dürfen, auch an mich selbst.                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mein behandelnder Arzt Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden können, von meinem Hausarzt und/oder Überweiser anfordern darf. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mein Hausarzt ist: \_\_\_\_\_

Meine Befunde/Rezepte dürfen an folgende Personen mitgeteilt/ausgehändigt werden:

\_\_\_\_\_  
**Ich möchte an meinen Termin per SMS oder E-Mail erinnert werden (Doctolib):**

Ja       Nein

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient/gesetzl. Vertreter)