

Dr. med. Dirk Wiechert

Facharzt für Allgemeinmedizin
Privatabrechnung nach GOÄ

Anamnesebogen

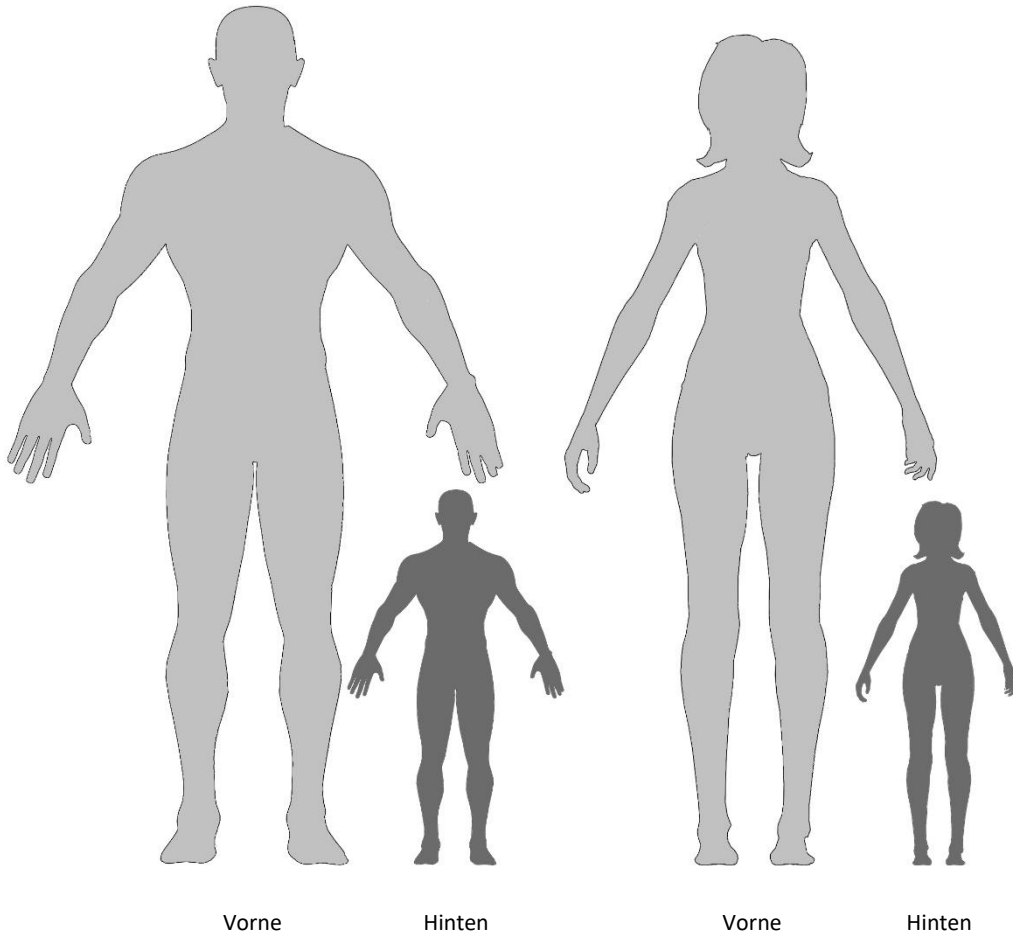
Bei der ursächlich orientierten Diagnostik und Therapie ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. Eine möglichst genaue Beschreibung gibt uns die Möglichkeit, uns optimal auf Sie vorzubereiten und entsprechend zu diagnostizieren.

Bitte bringen Sie zu Ihrem Termin in der Sprechstunde auch unbedingt bereits vorhandene Vorbefunde mit (Laborbefunde, Arztbriefe, Röntgenbilder, etc.).

Kontaktdaten	
Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	PLZ / Wohnort
Telefon	Arbeitgeber
Familienstand	Beruf
E-Mail	

Allgemeine Angaben	
Körpergröße in cm	Gewicht in kg
Behandelnder Hausarzt	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beihilfe
Blutgruppe	

Nummerieren Sie die Beschwerdeazonen nach Wichtigkeit



Schilderung Ihrer Beschwerden

Kurze Beschreibung der Symptome – Was, wann auftretend, beeinflussbar durch?

1.	Seit
2.	Seit
3.	Seit
4.	Seit
5.	Seit
6.	Seit

Krankenvorgeschichte

Bekannte Vorerkrankungen?

Operationen, Krankenhausaufenthalte, Kuren?

Sind Infektionskrankheiten bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wurde bei Ihnen eine Borreliose diagnostiziert?

Ja Nein

Wenn ja, wie wurde diese bisher therapiert (Medikament) und wann?

Familienanamnese

Welche Erkrankungen traten in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) gehäuft auf?

(z.B. Diabetes, Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma, etc.)

Soziale Anamnese

Haben Sie Freunde?

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt?

Allgemeine Lebensführung

Wieviel Alkohol trinken Sie täglich?	Menge:
Welche Sorte Alkohol?	Sorte:
Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?	Menge:
Seit wann?	Seit Lebensalter:
Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie in letzter Zeit auffallend viel an Gewicht zugenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihr Schlaf erholsam?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Ein- oder Durchschlafstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie große Sorgen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Gedächtnisstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an psychischen Problemen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie auffallend viel Durst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie öfter Fieber?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Allergien

Sind Allergien gegen Medikamente bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Nahrungsmittel oder Substanzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Bestehen Allergien gegen Hausstaub oder Pollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Kopfbereich

Leiden Sie unter Schwindel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Epileptische Anfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Augenprobleme?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Haben Sie Probleme mit dem Hören?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Ohrenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fließt manchmal ein Sekret aus dem Ohr?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie häufig und anhaltend Schnupfen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie häufig an Nasenbluten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Haarausfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie besondere Beschwerden im Lippen-Mund-Kiefer-Bereich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Halsbereich

Halsschmerzen oder Schmerzen beim Schlucken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine vergrößerte Schilddrüse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Heiserkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lange schon?	

Brustbereich

Leiden Sie unter Husten? Wie lange? Wie ist der Auswurf beschaffen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Auswurf bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Asthma bronchiale?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bauchbereich

Leiden Sie unter Bauchschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden vor oder nach dem Essen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Unverträglichkeit gegen rohe, fette oder scharfe Speisen? Wenn ja, bei welchen Speisen genau?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verspüren Sie eine Abneigung gegen Fleisch?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Übelkeit oder Erbrechen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Sodbrennen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Stuhlbeschwerden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen Veränderungen in der Menge, Beschaffenheit oder Farbe des Stuhles aufgefallen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke? Wenn ja, wo und wie stark?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Durchblutungsstörungen der Hände?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zittern Ihre Hände (manchmal)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beine und Füße	
Leiden Sie unter Krampfadern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen in Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nach dem Gehen einer bestimmten Wegstrecke schmerzbedingt stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie lang ist diese Strecke etwa?	
Sind die Beine oder Füße manchmal geschwollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo und wie stark?	
Schmerzen in den Beinen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo?	
Gefühlsstörungen in Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sexualanamnese	
Sind Sie mit Ihrem Sexualleben zufrieden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter einem Verlust der Libido?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Harn – und Geschlechtsorgane	
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schmerzen beim Wasserlassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Ihnen Veränderungen in der Harnmenge oder Harnfarbe aufgefallen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Blut im Urin festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schwierigkeiten, den Urin willentlich zurückzuhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahls festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Müssen Sie nachts häufig aufstehen, um Wasser zu lassen? Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Haut

Liegen bei Ihnen Hautveränderungen vor? (Fibrome, aktinische Keratose, Warzen, Herpes, Altersflecken, störende Muttermale etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welcher Art und wo?	
Leiden Sie unter Juckreiz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Heilen Hautwunden bei Ihnen schlecht aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zähne

Haben Sie aktuell Zahnbeschwerden?	
Wenn ja, wo und inwiefern?	
Welche Probleme traten bisher in Bezug auf die Zähne auf?	
Gab es einen zeitlichen Zusammenhang mit anderen Problemen?	
Welche ärztlichen Maßnahmen wurden bisher an Ihren Zähnen durchgeführt?	
Aus welchem Material bestehen Füllungen/Brücken/Implantate?	

Gynäkologische Anamnese der Frau

Nehmen Sie die Antibaby-Pille?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welches Präparat?	
Besteht aktuell eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welcher Monat?	
Anzahl der Schwangerschaften insgesamt?	
Anzahl der Geburten insgesamt?	
Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
In welchem Alter trat Ihre erste Regelblutung auf?	
Wann trat die letzte Regelblutung (Menopause) auf?	
Wie lange ist Ihre Zyklusdauer?	

Wie ist die Blutungsstärke? (Schwach, normal, stark)	
Beschwerden im Zusammenhang mit der Regel? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tritt ein Sekret aus der Scheide?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Beschwerden im Bereich der Brüste? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Sonstiges

Aktueller Einnahmeplan

Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung des Präparates, den Hersteller, die Dosierung und das Tageseinnahmeschema an.

Name und Wirkstoff des Präparats	Dosierung (ml / mg)	MO	VM	MI	NM	AB	NA

(MO = Morgens, VM = Vormittags, MI = Mittags, NM = Nachmittags, AB = Abends, NA = Nachts)

Behandlungsvertrag

Dr. med. Dirk Wiechert informiert seine Patienten an jedem Wochenende durch seinen Newsletter über aktuelle und interessante Themen der Medizin. Dieser ist kostenlos und jederzeit abbestellbar. Mit Ihrer Zustimmung nehmen wir Sie in den Verteiler für den Newsletter auf:

Ja, ich möchte den Newsletter von Dr. Wiechert erhalten.

Wir möchten Sie noch einmal darauf aufmerksam machen, dass Dr. Wiechert ausschließlich privatärztlich arbeitet, wobei er nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnet. Falls Sie gesetzlich versichert sind, müssen Sie sämtliche Kosten selbst tragen. Auch bei Privatpatienten kann der Fall eintreten, dass einige Therapien von der privaten Krankenkasse nicht übernommen werden. Bei diesbezüglichen Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung. Sollte eine schriftliche Stellungnahme angefordert werden, bleibt dies allerdings, wegen des erhöhten Zeitaufwandes und der intensiven Vertiefung in den Patientenfall, ebenfalls berechnungsfähig. Hiermit klären wir Sie darüber auf, dass wir im Rahmen Ihrer Behandlung die erbrachten Leistungen nach der GOÄ bis zum 3,5-fachen Satz berechnen dürfen.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen, gem. § 630e BGB, zur Besprechung Ihrer, durch unsere Praxis erhobenen, Befunde verpflichtet sind.

Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, spätestens 24 Stunden im Voraus den Termin abzusagen – im Falle einer zu kurzfristigen Absage müssen wir den Termin trotzdem abrechnen.

Die Suche nach der Ursache Ihrer Beschwerden erfordert in den meisten Fällen umfassende Laboruntersuchungen. Diese sind ebenfalls mit stark variierenden Kosten verbunden. Über die genaue Summe der zu erbringenden Leistungen informieren wir Sie auf Anfrage gerne im Voraus.

Um einen organisatorisch optimierten Ablauf zu ermöglichen, gestatten Sie uns bitte mit Ihrer Unterschrift die Weiterleitung Ihrer Befunde von genutzten Laboren an die Praxis Dr. Wiechert. Ebenfalls erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift einverstanden, dass wir personenbezogene Daten an die beauftragten Labore, das Gesundheitsamt o. ä. involvierte Institutionen weitergeben dürfen.

Zur Sicherheit Ihrer persönlichen Daten schicken wir Ihnen Befund und Dokumente, per Email, verschlüsselt zu. Bitte geben Sie dafür nachfolgend Ihr gewünschtes Passwort an:

(Ihr persönliches Passwort)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme dieses Dokumentes:

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)