

Dr. med. Dirk Wiechert

Facharzt für Allgemeinmedizin
Privatabrechnung nach GOÄ

Anamnesebogen

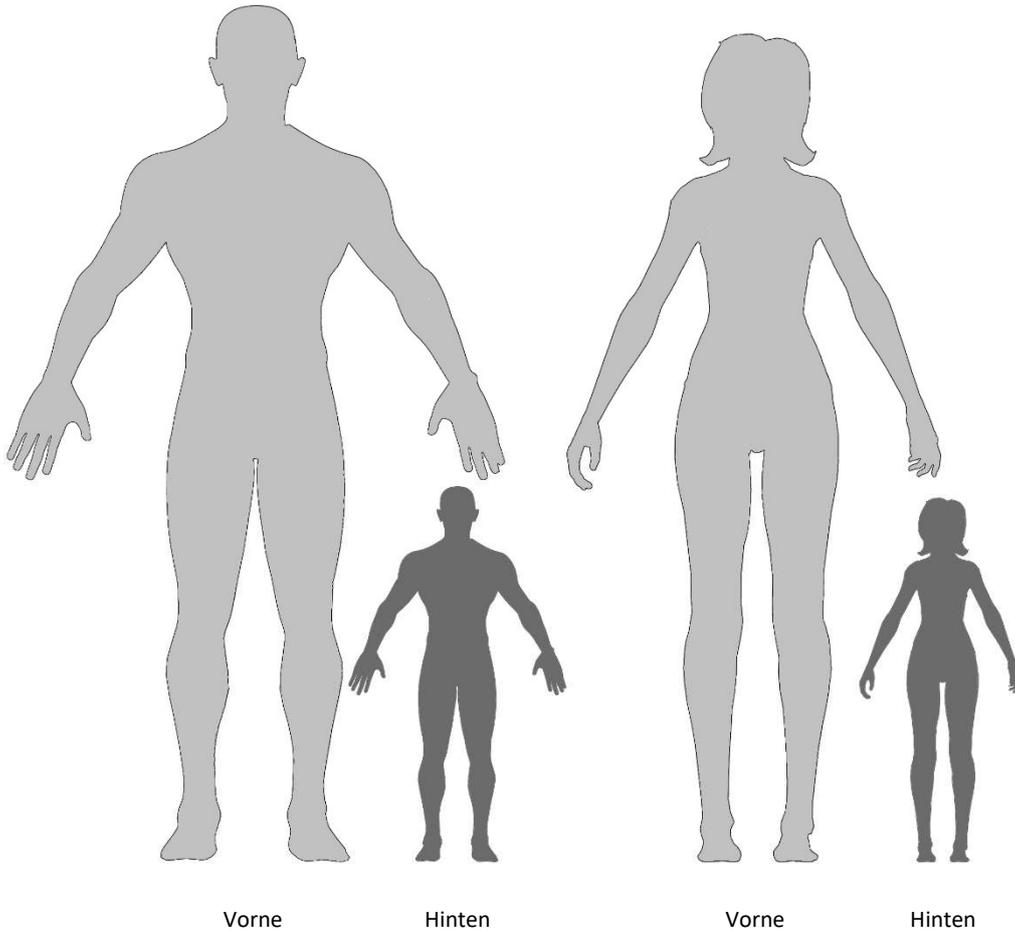
Bei der ursächlich orientierten Diagnostik und Therapie ist die gründliche Erhebung des Gesundheitszustandes von großer Bedeutung. Der Behandlungsansatz ist ganzheitlich angelegt, um mögliche Verbindungen und Ursachen für Gesundheitsstörungen zu ergründen. Daher sind wir auf Ihre aktive Mithilfe angewiesen. 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 |
| 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 oder Füßen? | <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.) Wenn ja, welcher Art und wo? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 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? Wenn ja, welches Präparat? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht aktuell eine Schwangerschaft? Wenn ja, welcher Monat? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Anzahl der Schwangerschaften insgesamt? | |
| Anzahl der Geburten insgesamt? | |
| Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| In welchem Alter trat Ihre erste Regelblutung auf? | |
| Wann trat die letzte Regelblutung (Menopause) auf? | |
| Wie lange ist Ihre Zyklusdauer? | |

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 in begründeten Fällen bis zum 3,5-fachen Satz berechnen. Für die ausführliche Erstanamnese und die ebenso ausführliche Befundbesprechung erlauben wir uns, aufgrund des hohen Zeitaufwandes, eine Steigerung des Faktors über den gewöhnlichen GOÄ-Gebührenrahmen hinaus. Hierzu erhalten Sie zu Beginn der Sprechstunde eine persönliche Aufklärung durch den Arzt sowie eine schriftliche Honorarvereinbarung. Bitte beachten Sie, dass wir gemäß § 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 bzw. des gesetzlichen Vertreters)
elektronische Unterschriften können nicht akzeptiert werden!

Im Falle einer Beratung bzw. Behandlung **einer minderjährigen Person** setzen wir voraus, dass beide Elternteile mit der Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Schritte einverstanden sind.

Praxis Dr. med. Dirk Wiechert – Parkallee 301 – 28213 Bremen – Telefon (0421) 395015 – Telefax 3961239
eMail info@dr-wiechert.com – Internet www.dr-wiechert.com