

# Dr. med. Dirk Wiechert

Facharzt für Allgemeinmedizin  
Privatabrechnung nach GOÄ

## Anamnesebogen für ein Kurzgespräch bei Gelenkbeschwerden

Bei anhaltenden Gelenkschmerzen möchten wir Patienten die Möglichkeit bieten, frühzeitig in eine therapeutische Behandlung zu kommen, die u.a. aus Infusionen, Mikrostrombehandlungen, Akupunktur oder auch Injektionen mit Eigenblut und/oder Lokalanästhetika bestehen können. Um ein möglichst individuell passendes Therapieprofil für Sie zusammenzustellen, 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	

## Schilderung Ihrer Beschwerden

Möglichst genaue Beschreibung der Symptome bzw. Schmerzen – Was, wo, wann auftretend, beeinflussbar durch?

1.

Seit

2.

Seit

3.

Seit

## Krankenvorgeschichte

Bekannte Vorerkrankungen?

Sind Infektionskrankheiten bekannt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

## Medikation

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit ein?

(Bitte geben Sie den genauen Namen des Präparates, die Dosierung und die tägliche Einnahme an)

Haben Sie in der Vergangenheit Medikamente im Zusammenhang zu den Schmerzen eingenommen? Wenn ja, welche?

## Therapien

Was waren die bisherigen therapeutischen Maßnahmen, die verfolgt wurden? Waren diese (zeitweise) erfolgreich?

Haben Sie bereits Erfahrungen mit Akupunktur?

Haben Sie bereits Erfahrungen mit intravenösen Infusionen/Injektionen oder Neuraltherapien?

## Soziale Anamnese

Haben Sie Freunde?

Sind Sie gut in Ihre Familie integriert?

Wie sind Ihre Wohnverhältnisse?

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen Belastungen ausgesetzt z.B. Fehlhaltung?

## Kopfbereich

Leiden Sie unter Schwindel?

Ja  Nein

Ohnmachtsanfälle?

Ja  Nein

Epileptische Anfälle?

Ja  Nein

Kopfschmerzen?

Ja  Nein

Ohrenschmerzen/Tinnitus?

Ja  Nein

Leiden Sie unter Verspannungen im Hals-Nacken-Bereich?

Ja  Nein

Haben Sie Gelenkbeschwerden im Kiefer-Bereich?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?	
------------------	--

### Brustbereich

Leiden Sie unter Muskelschmerzen im Brustbereich?	<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
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Arme und Hände

Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wo und wie stark?	
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

## Sonstiges

## Behandlungsvertrag

Im Folgenden weisen wir darauf hin, dass wir als Praxis keine hausärztliche Betreuung für Sie übernehmen können, sondern im Rahmen dieser Behandlung nur die Therapie bezüglich Ihrer Gelenkbeschwerden anbieten und durchführen. Hierfür greifen wir auch auf die in diesem Bogen erhobenen Daten zurück.

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 von Beschwerden erfordert in vielen Fällen auch oft umfassende Laboruntersuchungen. Diese sind 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, falls notwendig.

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)  
*elektronische Unterschriften können nicht akzeptiert werden!*