



**PRAXIS  
DR. BRITTA ELKENHANS**

**Dr. med. Britta Elkenhans**

Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie

[www.dr-elkenhans.de/](http://www.dr-elkenhans.de/)

Dieser **Anamnesefragebogen** dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit.

Bitte lesen Sie ihn gut durch und füllen Sie ihn vor der Konsultation aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Sollten Sie Schwierigkeiten bei der Beantwortung einer Frage haben, wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr., Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Männlich  Weiblich

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankung?**

Falls „Ja“, bitte Erkrankung nennen

|   |                               |  |
|---|-------------------------------|--|
| Bluthochdruck   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| Herzinfarkt   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| Blutzuckerkrankheit   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Typ I Diab. <input type="checkbox"/> Typ II Diab. Insulinpfl. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Tumorerkrankung (Krebs)                                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welcher: _____ <input type="checkbox"/> aktuell noch in Behandlung?   |
| Anfallsleiden (Epilepsie)                                   | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| Fettstoffwechselstörung<br>(erhöhte Blutfette/ Cholesterin) | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| Asthma  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| Lungenerkrankung  | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| Psychische Erkrankungen                                     | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja _____  |
| ansteckende Erkrankungen                                    | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____   |

**Andere Vorerkrankungen:** \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja  ehemaliger Raucher, seit: \_\_\_\_\_  
Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?  Nein  Ja  
Wenn ja, wie viele Gläser/Woche: \_\_\_\_\_

**Allergien**

Gegen Medikamente  Nein  Ja  
Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_  
Andere Allergien: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits eine/mehrere Operationen?**

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie: \_\_\_\_\_ cm

Wieviel wiegen Sie: \_\_\_\_\_ kg

**Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten (Eltern, Geschwister) eine der folgenden Erkrankungen?**

Bluthochdruck Nein Ja

Blutzuckerkrankheit Nein Ja

Fettstoffwechsel Nein Ja

(erhöhte Blutfette/ Cholesterin)

Herzinfarkt Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Krebs Nein Ja , welche Organe: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig?**

| Medikament | morgens | mittags | abends |
|------------|---------|---------|--------|
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |
|            |         |         |        |

**Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten/ Stimmungsaufheller?**  Nein  Ja

**Allgemeine Anamnese**

Stuhlgang  Normal  Durchfall  Verstopfung

Wasserlassen  Normal  nachts öfter als 1-2 mal

Gewichtsveränderung  Keine  Zunahme  Abnahme

Sind Sie schwanger  Nein  Ja

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchung durchgeführt?**

Gesundheitsuntersuchung  Nein  Ja

Krebsfrüherkennungsuntersuchung  Nein  Ja

Darmspiegelung  Nein  Ja

**Sozialanamnese**

Familienstand: \_\_\_\_\_

Kinder: \_\_\_\_\_

**Freizeitaktivitäten**

Sport (welcher) \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen kompletten Impfschutz?**  Nein  Ja  nicht bekannt

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Uns interessiert, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind**

|                  |                               |
|------------------|-------------------------------|
| durch Empfehlung | <input type="checkbox"/> von: |
| Telefonbuch      | <input type="checkbox"/>      |
| Internet         | <input type="checkbox"/>      |
| Sonstiges        | <input type="checkbox"/>      |

**Es gilt unsere ausgehangene Datenschutzerklärung**

**Einverständnis zur Informationsweitergabe**

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis - sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist - zugänglich sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Für viele Laboruntersuchungen arbeiten wir dafür mit dem Labor Dr. Wisplinghoff bzw. der privatärztlichen Laborgemeinschaft Köln zusammen.

Hiermit gestatte ich (gemäß §73(1b) SGB V), dass die Praxis Dr. Elkenhans von meinen anderen behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Kliniken Auskünfte zu Diagnosen, Untersuchungen und Behandlungen erhalten und austauschen, sowie diese Informationen auch aktiv anfordern darf.

**Bitte ankreuzen:**

- Ich bin damit einverstanden, dass ich über anstehende Termine und über Laborergebnisse telefonisch und per Fax informiert werden kann.

**Informationsweitergabe an Angehörige:**

- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Britta Elkenhans Informationen an meine Angehörigen/ Verwandten weitergibt. Dies gilt auch für telefonische Anfragen, Rezepte, Überweisung und Befunde.  
Dafür entbinde ich die o.g. Praxis von der ärztl. Schweigepflicht.

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.  
Bitte geben Sie den Fragebogen jetzt an unsere Mitarbeiter.

Ihr Team der Praxis Dr. Britta Elkenhans

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift