

## **Dipl. med. Sonnhild Dietz**

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Homöopathie - Akupunktur - Naturheilverfahren - Biologische Medizin (Uni Mailand)

---

09131 Chemnitz, Frankenberger Straße 207; Tel.: 0371-228637 Fax: 0371-231587  
dm.s.dietz@t-online.de; dm.s.dietz.docvadis.de

### **Anamnesebogen**

Hinweis: Sehr verehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen unserer Gesundheitsfragen so viel Zeit und Sorgfalt, wie Sie sie auch von uns in Ihrer Behandlung erwarten.

Bedenken Sie bitte, dass wir Sie noch nicht ausreichend lange und gut kennen, und dass eine gute Anamnese mehr als die halbe Diagnose und damit schon ein großer Teil der erfolgreichen Behandlung ist!

Nicht zuletzt erleichtert sie auch uns den täglichen Praxisablauf, wenn wir auf dieser Basis schneller zum (neuen) Problem kommen können. Vielen Dank!

Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass wir der Ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, von Ihnen gemachte Angaben absolut streng vertraulich behandeln und nur auf Ihr ausdrückliches, schriftliches Verlangen an Dritte weitergeben.

#### **Zu Ihrer Person:**

Name:

Geburtsname:

Vornamen:

geboren am:

in:

wohnhaft Straße:

Ort:

Familienstand:

Haben Sie Kinder? Ja/Nein

erlernter Beruf:

ausgeübter Beruf ( bei Rentnern: früherer langjähriger Beruf):

Telefon:

Fax:

e-mail-Adresse:

Krankenkasse:

Private Zusatzversicherung:

**Frühere Vorgeschichte (Zutreffendes bitte unterstreichen und Lebensalter angeben):**

Kinderkrankheiten: Keuchhusten/ Masern/Mumps/Röteln/Scharlach/Diphtherie/  
Kinderlähmung/Windpocken/ Mandelentzündungen

Schwere Infektionskrankheiten: Pfeiffersches Drüsenfieber/ Tuberkulose/ Ruhr/ (Para)-  
Typhus/ Tetanus/ Tollwut/ M.Boeck/ Pocken/ Malaria/  
Borreliose/ FSME/ Hirnhautentzündungen/ akute Nieren-  
entzündungen/ Geschlechtskrankheiten/ andere:

Allergien:

Unfälle:

Knochenbrüche:

Operationen: Mandeln/ Polypen/ andere HNO-Op.:

Augen:

Schilddrüse:

Gefäße:

Herz:

Lunge:

Bauchbrüche:

Gallenblase:

Nieren:

Magen/ Zwölffingerdarm:

Darm:

Hämorrhoiden:

Blase:

Prostata:

Hoden/ Nebenhoden:

Gebärmutter:

Eierstöcke und Anhänge:

Geburten:

Schwangerschaften:

Knochen-/Gelenkoperationen:

Narkosen – nicht vertragen?:

Impfungen – nicht vertragen?:

Neubildungen, gutartige Tumoren:

Bösartige Erkrankungen - Bestrahlungen - Chemotherapien:

Anti-Hormon-Therapien/ Cortison- / Heparin-Gaben:

besondere Zahnärztliche Behandlungen:

Haben Sie noch Ihr zweites Gebiß? Ja/nein

**Allgemein-Anamnese:**

Appetit gut – schlecht – wählerisch, Abneigung gegen:

Stuhlgang täglich – seltener – öfter, Auffälliges am Stuhl:

Wasserlassen normal – oft - schmerzhaft – nachts wie oft:

Schlaf gut – unterbrochen – von wann bis wann?:

Atemholen normal – Luftnot bei Anstrengungen – Luftnot in Ruhe:

Husten –feucht – trocken- beim Aufstehen – beim Liegen – seit:                      Auswurf Ja - Nein

Schlaflage flach – mit erhöhtem Oberkörper:

Wasser in den Beinen gar nicht – abends bei Hitze - abends immer – tagsüber – auch nachts

Alkohol nie – gelegentlich – täglich; Nikotin nein – ja- Stück/Tag:                      Jahre:

Liebesleben befriedigend Ja - Nein

Frauen: erste Regel:

                    letzte Regel:

                    Schwangerschaften/ lebende Kinder:

Beschwerden der Fortpflanzungsorgane:

häufig wiederkehrende Schmerzen – wo?:

Schweiß keiner – wenig bei Anstrengung – viel auch ohne Anstrengung – wo?:

Temperaturerhöhung (Fieber) nie – nur bei akutem Infekt – seit einiger Zeit immer

Ist Ihnen generell schnell warm – immer warm - schnell fröstelnd – immer zu kalt?

Haut feucht – trocken – Ekzem - offen

Schwindel – Ohnmachten - wann?

Übelkeit bei Lageänderung- Reisekrankheit?

Ohrgeräusche – welche und wann?

Sehen gut ohne Sehhilfe – gut mit Sehhilfe – Brille – Kontaktlinsen - trotz Brille schlecht

**Sonstige, bisher unerwähnte Beschwerden:**



*Erkrankung/  
Dauerdiagnose*

*Medikament/  
auch mehrere*

*Mitbeh. Arzt/ Tel./ Termin*

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

usw.

**Richtigkeit bestätigt:**

**Chemnitz den:**

**Name/ Unterschrift:**

**Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert oder gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger, Pflegedienste und andere Ärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die **folgenden Angehörigen weitergegeben werden**, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde:

Name des Angehörigen: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
(z.B. Sohn, Ehepartner...) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sicherheitsfrage:**

(zu Ihrer Identitätsbestätigung bei Unklarheiten, bitte in jedem Fall ausfüllen!)

**Geburtsname** (Familienname/Mädchenname) **und Vorname meiner Mutter:**

\_\_\_\_\_

Chemnitz, \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
(leserlich in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift