



ANMELDEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben dienen ausschließlich dazu, unsere Behandlung Ihrem Gesundheitszustand anzupassen und unterliegen selbstverständlich unserer ärztlichen Schweigepflicht gem. § 203 des StGB sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Schwierigkeiten mit der Beantwortung einzelner Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Wir weisen Sie darauf hin, dass das Ausfüllen dieses Anamnesebogens auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihr Auskunftsrecht geltend machen zu können. Wir weisen Sie weiterhin darauf hin, dass im Rahmen der Behandlung vom Behandler oder anderen Mitarbeitern der Privatpraxis für umfassende Medizin weitere für den Behandlungserfolg, die Verwaltung der Behandlungsdokumentation oder die Abrechnung erforderliche Daten von Ihnen erfragt und weiterverarbeitet werden können.

Persönliche Angaben

Name: _____ Vorname: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Stadt: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail: _____
Name des Versicherten: _____
Name des Zahlungspflichtigen: _____
Ihre Krankenkasse / private Krankenversicherung: _____

Gesetzlich versichert Privat versichert Basistarif Zusatzversicherung

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Empfehlung von: Bekannte/Verwandte: _____
Internet: Praxis-Homepage Google
 Arzt- oder Gesundheitsportale, welche? _____
 Sonstiges: _____

Mir ist bekannt, dass die Privatpraxis für umfassende Medizin Arezu Dezfuli eine Privatpraxis ist und die ärztlichen Leistungen nach den Regeln der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Die telefonische Folgeanamnese kann auch bei Patienten/innen, die die Praxis aus räumlichen Gründen nicht aufsuchen können oder möchten, telefonisch erfolgen. Hierzu werde ich, je nach Gesprächsdauer, die GOÄ 31 im 2,3 fachen Satz (60,33 E) für die in der GOÄ geforderten Mindestdauer von 30 Minuten liquidieren. Eine länger währenden telefonische Folgeanamnese, die die in der GOÄ geforderte Mindestdauer überschreitet, wird mit dem entsprechenden Steigerungssatz berechnen.

Für, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratungsleistungen werde ich ggf. die GOÄ Ziffer 30/31 für die Schmerztherapie nach Empfehlung der Bundesärztekammer analog nach § 6 GOÄ abrechnen. Die Analogie nach § 6 GOÄ bedeutet, dass es keine adäquate Leistungsziffer in der veralteten GOÄ von 1996 für meine Leistungen enthält. Ich behalte mir vor, bei zeitlich aufwendigen Beratungen, über die Steigerung des Schwellenwertes (2,3) meinen Aufwand abzubilden.

Die Rechnung wird nach jeder Behandlung ausgestellt und ist auch sofort mit EC-Karte und Geheimzahl zu bezahlen. Bitte sagen Sie einen Termin 24 Stunden vorher ab.

Ich erkenne hiermit an, dass mir bei einem unentschuldigtem Nichteinhalten eines Termins ein Honorarausfall von € 60,- in Rechnung gestellt wird. Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift



KRANKENGESCHICHTE

1. Erkrankungen in der Familie

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zucker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (Asthma etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartiger Tumor (Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen	_____		

Mutter verstorben wann? _____ Alter? _____ woran? _____

Vater verstorben wann? _____ Alter? _____ woran? _____

Geschwister verstorben wann? _____ Alter? _____ woran? _____

2. Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie häufiger?

	Name	Dosierung
Schmerzmittel	_____	_____
Schlafmittel	_____	_____
Beruhigungsmittel	_____	_____
Herz-Kreislaufmittel	_____	_____
Antibiotika	_____	_____
Zytostatika	_____	_____
Cortison	_____	_____
Pille/Hormone	_____	_____
Sonstige	_____	_____

3. Welche Impfungen wurden gemacht? (Bitte mit Altersangabe)

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pocken | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Tetanus |



KRANKENGESCHICHTE

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tbc | <input type="checkbox"/> FSME |

4. Unfälle und deren Folgen (Bitte mit Altersangabe)

5. Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|

6. Sind Sie HIV (AIDS) positiv?

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|

7. Treiben Sie Sport?

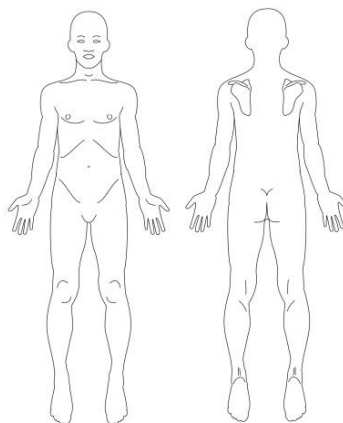
- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | Seit wann? _____ |
|-----------------------------|-------------------------------|------------------|

Welche Sportart: _____

8. Welche Operationen haben Sie durchgemacht? (Bitte mit Altersangabe)

- | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mandeln | <input type="checkbox"/> Kieferhöhlen | <input type="checkbox"/> Parodontose |
| <input type="checkbox"/> Blinddarm | <input type="checkbox"/> Ohren | <input type="checkbox"/> Gallenblase |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Unterleib |
| <input type="checkbox"/> Zähne | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

9. Haben Sie Narben? (Bitte in das Schema einzeichnen)



10. Sind oder waren Sie Raucher?

- | | | | | |
|-----------------------------|------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | Seit wann? _____ | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Aufgehört | Seit wann? _____ |
|-----------------------------|------------------|-------------------------------|------------------------------------|------------------|

11. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

12. Welchen Beruf üben Sie aus?

Haben Sie hierbei Umgang mit besonderen Materialien?



KRANKENGESCHICHTE

Atmen Sie hierbei chemische Dämpfe, Stäube ein? Ja Nein

13. Mit welchen Haustieren haben oder hatten Sie Umgang?

Wurden die Tiere geimpft? Ja Nein Keine Ahnung

Wenn ja, wogegen? _____

14. Fühlen Sie sich oft schlapp, energielos? Ja Nein Seit wann? _____

15. Fühlen Sie sich zu einer bestimmten Tageszeit besonders schlecht?

Ja Nein Uhrzeit: _____

16. Wachen Sie zu einer bestimmten Nachtzeit regelmäßig auf?

Ja Nein Uhrzeit: _____

17. Wachen Sie nachts häufig auf? Ja Nein Uhrzeit: _____

18. Haben Sie Allergien? Ja Nein Keine Ahnung

Wenn ja, welcher Art? _____

19. Welche Nahrungsmittel essen Sie besonders gern und oft?

20. Welche Nahrungsmittel- oder Genussmittel reagiert Ihr Organismus ungewöhnlich?

Wie ist die Reaktion? _____

21. Hatten Sie als Kleinkind Milchschorf? Ja Nein im Alter: _____

22. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie in welchem Alter?

Mumps (mit ___ Jahren) Windpocken (mit ___ Jahren) Scharlach (mit ___ Jahren)

Masern (mit ___ Jahren) Keuchhusten (mit ___ Jahren) Röteln (mit ___ Jahren)

Sonstige _____

23. Ihre Weisheitszähne sind

a) Sind oder waren verlagert?

rechts oben rechts unten links unten links oben

b) Sind bereits entfernt worden?

rechts oben rechts unten links unten links oben

c) In welchem Alter wurden sie entfernt?

rechts oben ___ rechts unten ___ links unten ___ links oben ___

d) Gab es Wundheilungsstörungen?

rechts oben rechts unten links unten links oben

24. Haben Sie andere Nichtanlagen im Gebiss, z. B. Prothesen, Brücken, wurzelentfernte Zähne?



KRANKENGESCHICHTE

BRINGEN SIE BITTE LEIHWEISE DIE AKTUELLSTEN RÖNTGEN-BILDER VON IHREM ZAHNARZT MIT. WICHTIG!

25. War die Heilung bei anderen Zahnentfernungen oder Kieferoperationen beeinträchtigt?

- Ja Nein

Wenn ja, in welchen Kieferabschnitten? _____

26. Hatten Sie eine kieferorthopädische Behandlung?

- Ja Nein

Wenn ja, in welchen Kieferabschnitten? _____

27. Haben Sie Veränderungen in der Mundhöhle beobachtet?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten | <input type="checkbox"/> Zungenbrennen | <input type="checkbox"/> Zahnfleischwund |
| <input type="checkbox"/> Mundgeruch | <input type="checkbox"/> weißer Belag | <input type="checkbox"/> Zahnfleischschmerz |
| <input type="checkbox"/> Zahnwanderung | <input type="checkbox"/> Lippen-Herpes | <input type="checkbox"/> Zahnlockerung |
| <input type="checkbox"/> wunde Punkte | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

28. Haben Sie Schmerzen im Bereich?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule | <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk | <input type="checkbox"/> Kniegelenk | <input type="checkbox"/> Hüftgelenk |
| <input type="checkbox"/> Kreuzbein | <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Schulter |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

29. Liegen hormonelle Störungen vor?

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nebenniere | <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Nebenschilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Hypophyse | <input type="checkbox"/> Ovarien | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse |
| <input type="checkbox"/> Prostata | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

30. Wann hatten Sie das letzte Mal Fieber? Im Alter von: _____

31. Leiden Sie unter Kopfschmerz?

- einseitig mehr rechts beidseitig mehr links

Wie oft? _____ Wie lang anhaltend? _____ Stunden/ _____ Tage

32. Haben oder hatten Sie Mykosen (Pilze)? Ja Nein

33. Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden? (Bitte Alter angeben)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nierenrückenschmerzen ____ | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden ____ | <input type="checkbox"/> Blasenstein ____ |
| <input type="checkbox"/> Nierenentzündung ____ | <input type="checkbox"/> Blasensteine ____ | <input type="checkbox"/> Nierensteine ____ |
| <input type="checkbox"/> Harnwegsentzündung ____ | <input type="checkbox"/> vermehrter Harndrang ____ | <input type="checkbox"/> Reizblase ____ |
| <input type="checkbox"/> plötzliches Herzrasen ____ | <input type="checkbox"/> Stechen i.d. Brust ____ | <input type="checkbox"/> Herzklopfen ____ |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen ____ | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck ____ | <input type="checkbox"/> Herzstolpern ____ |
| <input type="checkbox"/> Herzschmerz ____ | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck ____ | <input type="checkbox"/> Schwindel ____ |
| <input type="checkbox"/> Engegefühl i.d. Brust ____ | <input type="checkbox"/> Angina pectoris ____ | <input type="checkbox"/> Ohnmacht ____ |



KRANKENGESCHICHTE

- Hochspannungsleitungen Bundesbahnleitung Fernsehturm (bis 2 km)
 Funkturm Krematorium Mülldeponie

3) Haben Sie in Ihrer Wohnung?

- Heizung Gas Öl Elektro Nachtspeicher Fußbodenheizung
 Halogenlicht Innenraumdämmung feuchte Zonen (Keller, Wände)
 Hochflorteppich Ledergarnitur/Alcantara furnierte Möbel/IKEA Möbel
 Metallbettgestell Federkernmatratze Elektrische Heizdecke Wasserbett
 Radiowecker Spiegel Fernseher HiFi Stereo-Geräte
 Haustiere Katzen Hunde Vögel Sonstiges: _____

4) Wechseln Sie ständig Autos, z.B. Dienstwagen? Ja Nein

NUR FÜR FRAUEN

36. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein Monat: _____

37. Nehmen Sie die Pille?

- Ja Nein Spirale Sterilisation

38. Wie viele Geburten hatten Sie schon? ___ Jahr ___ Jahr ___ Jahr ___ Jahr

39. Wie ging es Ihnen während der Schwangerschaften? _____

40. Hatten Sie Fehlgeburten? Ja Nein Monat: _____

41. Haben oder hatten Sie einen von der Norm abweichenden Zyklus? Ja Nein

42. Erste Regelblutung? Alter: _____

43. Menopause? Alter: _____

44. Leiden oder litten Sie unter folgenden Beschwerden? (Bitte Alter angeben)

- Eierstockentzündung ___ Eileiterentzündung ___ Eierstockzysten ___
 Gebärmutterentzündung ___ Pilzbefall d. Scheide ___

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben sowie Ihr Einverständnis mit den Behandlungsbedingungen. In Ihrem Interesse bitten wir Sie, uns jegliche gesundheitlichen Veränderungen und veränderte Medikamenteneinnahme mitzuteilen.

Die gesundheitlichen Risiken müssen alle 12 Monate überprüft und mit Ihrer Unterschrift bestätigt werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass

- ich die Erklärungen auf diesem Patientenbogen verstanden habe. Der Abschluss meines Behandlungsvertrages ist von meinen Angaben nicht abhängig. Ich bestätige, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

- ich vor der Einwilligung darauf hingewiesen wurde, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung (auch teilweise) für die Zukunft, schriftlich (E-Mail reicht) zu widerrufen. Mir ist bekannt, dass mein Recht auf Löschung meiner Daten erst für die Zukunft besteht.

- mir die Datenschutzerklärung der Privatpraxis für umfassende Medizin zur Verfügung gestellt wurde. Ich habe diese zur Kenntnis genommen und mich entschieden keine eigene Ausführung mitzunehmen. Mir wurde erklärt, dass ich die Datenschutzerklärung jederzeit in der Praxis einsehen kann.

Hamburg, den

Unterschrift