



Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

Anamnesebogen für Neupatienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie die nachstehenden Angaben gewissenhaft aus. Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne
an unser Team. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name, Vorname _____

Geboren am _____

Anschrift _____

Beruf _____

Telefon _____

Allgemeine Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse) _____

Sonstige behandelnde Ärzte (Name/Fachrichtung/Adresse, falls bekannt) _____

Bisherige Teilnahme am Hausarztprogramm (gesetzlich Versicherte)

☐ Ja, bei einem anderen Hausarzt _____

☐ Nein

Was ist Ihr aktueller Anlass? Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. erläutern.

☐ Schmerzen
wo und mit welcher Schmerzintensität?
(1 = sehr geringer Schmerz
10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)

☐ andere akute Beschwerden

andere akute Beschwerden, die ich erst
im Arztgespräch benennen möchte

☐ Übelkeit/Erbrechen

☐ Fieber

☐ Ich habe zurzeit keine Beschwerden.
Ich wünsche nur

☐ Vorsorge ☐ Kontrolle ☐ Beratung

Kinderkrankheiten

☐ Masern
☐ Windpocken
☐ Röteln
☐ Ich weiß es nicht
☐ Sonstige _____

Ernährungsgewohnheiten

☐ Mischkost
☐ Vegetarisch
☐ Vegan
☐ Sonstige _____

Operationen / Unfälle

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Chronische Erkrankungen

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Bekannte Allergien

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden, jetzt nicht akut

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen)

Dauermedikamente

(auch Pille und Medikamenten-/Hormonpflaster)

☐ Nein ☐ Ja (bitte Anlage ausfüllen
inkl. Name und Dosierung)

Rauschmittel-/Zigarettenkonsum

☐ Drogen Beginn: _____
☐ Alkohol Beginn: _____
☐ Zigaretten Beginn&Anzahl/Tag: _____

Impfpass vorhanden?

☐ Nein ☐ Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)

Soziale Anamnese

☐ Nicht berufstätig	☐ Selbstständig	☐ Schüler/Ausbildung
☐ Elternzeit	☐ Beschäftigt in Vollzeit	☐ Beschäftigt im Schichtdienst
☐ Rentner	☐ Beschäftigt in Teilzeit	

Wohnsituation

☐ Alleine ☐ Mit Familie ☐ Betreutes Wohnen ☐ Seniorenheim

Sonstiges

Pflegegrad

☐ Nein ☐ Ja, _____

Schwerbehinderung

☐ Nein ☐ Ja, GdB in % _____

Sonstige wichtige Informationen

Durchgemachte schwere Erkrankungen

Letzter Check-up

☐ Allgemeinarzt, im Jahr: _____
☐ Hautarzt, im Jahr: _____
☐ Regelmäßige Krebsvorsorge
beim Frauenarzt, Urologen, im Jahr: _____

Sonstige Angaben

☐ Arm-/Beinprothese
☐ Stoma
☐ Herzschrittmacher
☐ Port
☐ Zahnprothese
☐ Hörhilfe
☐ Brille/Kontaktlinsen
☐ Shunt, wo? _____
☐ Sonstiges _____

Patientenverfügung vorhanden?

☐ Nein ☐ Ja

Zusatzversichert für stat. Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja

Datum, Unterschrift



Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

Anlage zum Anamnesebogen

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Chronische Erkrankungen

Lungenerkrankung

- ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Lungenkrebs ☐ Sarkoidose
☐ Andere _____

Hauterkrankung

- ☐ Neurodermitis ☐ Schuppenflechte ☐ Andere _____

Herz-Kreislauf-Erkrankung

- ☐ Bluthochdruck ☐ Schlaganfall ☐ Herzinfarkt ☐ Angeb. Herzfehler ☐ Herzkranzgefäßerkrankung (KHK)
☐ Andere _____

Neurologische Erkrankung

- ☐ Epilepsie ☐ MS ☐ Parkinson ☐ Demenz ☐ Depressionen ☐ Schizophrenie
☐ Andere _____

Stoffwechselerkrankung

- ☐ Diabetes ☐ Hohes Cholesterin ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Gicht
☐ Andere _____

Geschlechtskrankheiten

- ☐ HIV ☐ Syphilis ☐ Andere _____

Sonstiges

- ☐ Grüner Star ☐ Rheuma ☐ Chronische Hepatitis ☐ Medikamenten-/ Drogenabhängigkeit
☐ Krebserkrankungen _____
☐ Leber-/Nierenerkrankungen _____
☐ Andere _____

Länger bestehende/wiederkehrende Beschwerden

- ☐ Herzstolpern ☐ Häufige Infekte ☐ Menstruationsbeschwerden
☐ Blut im Urin ☐ Rückenschmerzen ☐ Probleme beim Wasserlassen/-halten
☐ Blut im Stuhl ☐ Verstopfung/Durchfälle ☐ Seelische/nervöse Beschwerden
☐ Andere _____

Allergien

- ☐ Wespen-/Bienengift ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit
- ☐ Medikamente _____
- ☐ Lebensmittel _____
- ☐ Andere _____

Operationen

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Herz | ☐ Bauch (bitte erläutern) | ☐ Bewegungsapparat |
| ☐ Gefäße | _____ | ☐ Künstliche Gelenke |
| ☐ Wirbelsäule (bitte erläutern) | _____ | ☐ Andere _____ |
| _____ | _____ | ☐ Sonstiges _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Medikamente (möglichst mit Dosierung)

Medikamentenplan vorhanden?

- ☐ Ja (bitte legen Sie uns diesen vor)
- ☐ Nein (bitte Medikamente inkl. Dosierung auflisten)

Bitte unbedingt als TABELLE mit DOSIERUNG und EINNAHMEZEITPUNKT beifügen:
z. B. Medikament XY ?? mg 1-0-1-0 (morgens - mittags - abends - nachts)
Vielen Dank!

Marcumar?

- ☐ Ja (bitte legen Sie uns Ihren Marcumar-Pass vor)
- ☐ Nein

Sonstige wichtige Informationen



Anamnesefragebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
um einen möglichst genauen Überblick über Ihre Beschwerden und Einschränkungen zu bekommen und damit eine möglichst optimale Behandlung einleiten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen und mitzubringen.

Bitte nehmen Sie sich dazu Zeit. Vielen Dank!

Name: **Vorname:** **Geburtsdatum:**

Nationalität:

Muttersprache:

aufgewachsen in:

geb. in:

Deutschkenntnisse:

aufgewachsen bei:

Geburtskomplikationen?

Angeborene Leiden?

Sprach-/Hör-/Entwicklungsstörungen?

Psychische Erkrankungen?

Jetzige Beschwerden und Einschränkungen

Wo haben Sie Beschwerden?

.....
.....

Wodurch/wann verschlechtern sich die Beschwerden?

.....
.....

Wodurch/wann bessern sich die Beschwerden?

.....
.....

Welchen Charakter haben derzeit Ihre Schmerzen?

Ruheschmerz

Nächtlicher Schmerz

Anlaufschmerz

Schmerzen bei Bewegung

Schmerzen bei Belastung

Schmerzen beim Atmen

Schmerzen beim Husten/Niesen

Werden Sie durch die Schmerzen wach und können nicht mehr durchschlafen? ☐ nein ☐ ja

Leiden Sie an morgendlicher Steifigkeit der Gelenke oder der Wirbelsäule?

☐ nein ☐ ja Falls ja, wie lange dauert die morgendliche Steifigkeit?

In welcher Region ist die Steifigkeit besonders?

Hände

Rücken

Sonstige

Überall

Wie stark sind Ihre Schmerzen zur Zeit? (0=keine Schmerzen --- 10=stärkste vorstellbare Schmerzen)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Was fällt Ihnen besonders schwer?

Wie wurden Ihre Beschwerden bisher behandelt?

Operation: Wenn ja, bitte angeben, wann und welche Operation(en)?

☐ nein ☐ ja:

Krankenhausaufenthalte?

☐ nein ☐ ja:

Frühere Reha-Maßnahmen?

☐ nein ☐ ja:

Sind Sie in einer Selbsthilfegruppe, z.B. Rheuma-Liga? Machen Sie Funktionstraining oder Rehasport?

☐ nein ☐ ja:

Werden/wurden Hilfsmittel verwendet, z.B. Gehhilfen, Schuhzurichtungen, Bandagen, Korsette etc.?

☐ nein ☐ ja:

Wurde eine der folgenden Therapieformen bisher eingesetzt? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

Krankengymnastik	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
Thermalbad	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
Massagen	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
Lymphdrainagen	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
Elektrotherapie	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
Wärmebehandlung	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
Kältetherapie	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
Ergotherapie	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
.....	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit
.....	☐ war gut	☐ war weniger gut	 mache ich zur Zeit

Derzeitige Medikamente: **■** Bitte unbedingt als Tabelle mit Dosierung und Einnahmezeitpunkt (s. o.) -
■ am besten als Ausdruck von Ihrer Arztpraxis (Bundeseinheitlicher Medikationsplan)!

Gab es Medikamente, die Sie nicht vertragen haben?

Behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung, Ort):

Liegen bei Ihnen weitere Erkrankungen vor?

Herz: z.B. Verengung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen

Kreislauf: z.B. Blutdruck: zu hoch, zu niedrig; Ohnmachtsanfälle

Gefäße: z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombosen

Stoffwechsel: z.B. erhöhte Blutzuckerwerte, Diabetes, erhöhte Harnsäurewerte, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, Schilddrüsenerkrankung

Haut: z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte

Lunge: z.B. chronische Bronchitis, Asthma

Magen/Darm: z.B. Sodbrennen, Magengeschwüre, Darmentzündungen

Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse: z.B. Lebervergrößerung, Gelbsucht, Gallensteine, Koliken

Niere/Harnblase: z.B. Nierensteine, häufige Blasenentzündungen

Nervensystem und Psyche: z.B. depressive Erkrankungen, Missempfindungen, Zittern

Skelettsystem: z.B. Osteoporose, Knochenbrüche, Verletzungen

Sonstige

Vegetative Funktionen

Gewicht: ☐ gleichbleibend ☐ zunehmend ☐ abnehmend
seit um ca. kg?
falls abnehmend: ☐ absichtliche Gewichtsabnahme ☐ unbeabsichtigte Gewichtsabnahme

Appetit: normal schlecht
Wasserlassen: normal häufig schmerzhaft Harnträufeln
Stuhlgang: normal Verstopfung Durchfälle Blähungen
Schlaf: normal wechselnd Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
Schwitzen: normal eher stark eher schwach Hitzewallungen
Allergien: ☐ nein ☐ ja Wogegen?

Risikofaktoren

Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig
Wie viel?
Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja Falls ja, wie viel?
Leiden Sie unter Stress? ☐ nein ☐ ja Falls ja, warum?

Allgemeine Sozialanamnese

alleinlebend verheiratet fester Partner verwitwet geschieden alleinerziehend
Anzahl der Kinder: im Alter von: davon im Haushalt lebend:
Haustiere?
Bestehen besondere Belastungen, z.B. Wohnsituation, finanzielle Situation, chronische Konflikte oder Belastungen im familiären oder sozialen Umfeld, kritische Lebensereignisse, Pflege von Angehörigen?
☐ nein Wieviele Zimmer hat die Wohnung? Etage? Treppen/Treppenabsätze/Stufen?
☐ ja, und zwar: Wer (alles) lebt in der Wohnung?
.....
.....
Benötigen Sie Hilfe bei der häuslichen Versorgung? ☐ nein ☐ ja
Falls ja, wobei und von wem?
Ist Ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) zuerkannt worden?
☐ nein ☐ ja %, wegen:

Beziehen Sie bereits eine Rente?

☐ nein ☐ ja, seit
volle Erwerbsminderungs-Rente
teilweise Erwerbsminderungs-Rente
Berufsunfähigkeits-Rente
Altersrente
BG-Rente nach Arbeitsunfall oder bei anerkannter Berufskrankheit

Haben Sie eine Rente beantragt?

☐ nein ☐ ja, / (Monat/Jahr)
falls ja, welche :
Erwerbsminderungs-Rente
Altersrente, ab: / (Monat/Jahr)
Private Berufsunfähigkeits-Rente

Haben Sie eine Umschulung beantragt?

☐ nein ☐ ja

Falls ja, wann und welcher Beruf?

Arbeitsanamnese

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Stehen Sie derzeit in einem Arbeitsverhältnis?

☐ ja ☐ nein, beendet am

wegen

In welchem Beruf sind oder waren Sie zuletzt tätig und seit wann? **! Ausbildung und beruflicher Werdegang bitte als Tabelle auf Extrablatt beifügen - vielen Dank!**

Berufsbezeichnung/Tätigkeit seit

selbständig

angestellt

ich bin derzeit arbeitslos

ich bin derzeit Hausfrau/Hausmann

Arbeitgeber:

Arbeitszeit: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit Stunden je Woche

Schichtarbeit: ☐ nein ☐ ja

Fallen häufig Überstunden an? ☐ nein ☐ ja, Stunden je Woche

Welchen der folgenden Belastungsfaktoren sind oder waren Sie an Ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt?

(Mehrfachnennungen möglich)

schweres Heben und Tragen

andere körperlich schwere Arbeit

häufiges Bücken

ununterbrochenes Sitzen

langes Gehen und Stehen

Gehen auf unebenem Gelände

Steigen von Treppen und Leitern

Besteigen von Gerüsten

Überkopfarbeiten

Bildschirmarbeit, ca. Stunden/Tag

häufige und lange Autofahrten

Arbeiten im Hocken oder Knien

Fließbandarbeit

Akkordarbeit

Stress

Schichtarbeit

Nachtarbeit

Außendienst

Was fällt Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz besonders schwer?

.....
.....

Wie erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz? **! Führerschein vorhanden? (Datum + Klasse bitte angeben)**

Eigenes Auto

Bus/Bahn

Fahrrad

zu Fuß

Wie lange benötigen Sie für den Weg zur Arbeit?

Wie stark fühlen Sie sich durch Ihren Gesundheitszustand in Ihrer Arbeit beeinträchtigt?

(0=sehr gering --- 10=sehr stark)

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Wie ist das Verständnis für Ihre Erkrankung, wird darauf Rücksicht genommen?

☐ sehr gut ☐ im Wesentlichen gut ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

Was könnte nach Ihrer Einschätzung in Ihrem Betrieb getan werden, damit Sie an Ihrem Arbeitsplatz besser zurecht kommen?

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? Bitte kreuzen Sie alles für Sie Zutreffende an!

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich ...

- | | |
|---|---|
| ☐ in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann | ☐ eine Rente beantragen/bekommen werde |
| ☐ in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann | ☐ arbeitslos sein werde |
| ☐ eine andere Arbeit suchen will | ☐ krankgeschrieben sein werde |
| ☐ überhaupt nicht mehr arbeiten kann | ☐ ich weiß es noch nicht |

Sind Sie zur Zeit krankgeschrieben?

- ☐ nein ☐ ja, arbeitsunfähig seit wegen

Waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben? ☐ nein ☐ ja

Falls ja: Wie lange waren Sie insgesamt krankgeschrieben?

- ☐ unter 1 Woche ☐ 1-6 Wochen ☐ 7-12 Wochen ☐ 13-26 Wochen ☐ über 26 Wochen

Beziehen Sie derzeit, vor Beginn der Rehabilitation:

- ☐ Lohn/Gehalt ☐ Krankengeld ☐ Arbeitslosengeld ☐ sonst. Leistungen ☐ kein Einkommen

Welche anderen für Sie wichtigen Tätigkeiten können Sie nicht mehr oder nur mit Mühe ausüben?

Im Haushalt:

- ☐ keine Einschränkungen
- ☐ ja, folgende Tätigkeiten kann ich nicht mehr oder nur mit Mühe ausüben:

In der Freizeit:

- ☐ keine Einschränkungen
- ☐ ja, folgende Tätigkeiten kann ich nicht mehr oder nur mit Mühe ausüben:

Nationalität:
Muttersprache:

geb. in:
aufgewachsen bei:



Martin F. J. Bauer

Facharzt für Allgemeinmedizin, Sportmedizin (Mitglied / empf. Untersucher DGSP)
Akupunktur, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Tauchtauglichkeitsuntersucher (GTÜM e. V.), Reisemedizin
Psychosomatische Grundversorgung, Hausärztliche Versorgung, Notarzt, Medizinischer Gutachter
Hauptstraße 71 • 12159 Berlin, Tel: (030) 810 309 55 -0 • Fax: - 9
team@hausarzt-bauer.eu • www.hausarzt-bauer.eu

Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendatengem. § 73 Abs. 1 b SGB V

- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- Ich erkläre die Anlage - Patienteninformationen zum Datenschutz gelesen zu haben.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Sollte ich den Hausarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis:

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-DatenschutzGrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG:

Verantwortlich für die Datenverarbeitung / Datenschutzbeauftragter ist:
Martin Bauer, Hauptstr. 71, 12159 Berlin, team@hausarzt-bauer.eu.

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG:

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN:

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN:

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben, zum Beispiel 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut Paragraph 28 Absatz 3 der Röntgenverordnung.

5. IHRE RECHTE:

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Alt-Moabit 59-61, 10555 Berlin, Tel.: +49 30 13889-0, Fax: +49 30 215 50 50, E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de.

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Praxisteam

Hausarzt-Praxis Martin Bauer
Hauptstr. 71, 12159 Berlin
T: (030) 81 030 95 -50, F: -57
team@hausarzt-bauer.eu

ANAMNESEBOGEN

Name:

Alter:

Geschlecht:

Art der Einweisung:

Hausarzt:

Aktuelle Anamnese

aktuelle Beschwerden (z.B. Schmerzen mit Lokalisation, Auslöser, Auftreten, Verlauf, Ausstrahlung, Begleitsymptome, Intensität, Dauer, lindernde oder verschlimmernde Faktoren)

Personalausweis/Reisepass Nr.:

Führerschein:

Hörgeräte?

Sehhilfe?

Sprache?

Entwicklungsstörung?

Eigenanamnese

Vorerkrankungen & Operationen:

mit Zeitpunkt der Erstdiagnose (ED) bzw. der OP, ggf. behandelnder Facharzt

Medikamente + Nahrungsergänzungsmittel

Wirkstoff	Dosis	x - x - x	Darreichung	seit

Allergien / Unverträglichkeiten:

+ Reaktion

Impfstatus / Reiseanamnese:

Vegetative Anamnese

Durst:

Körpergröße:

cm

Fieber:

Appetit:

Gewicht:

kg

Nachtschweiß:

Ernährung:

Gewichtsverlauf:

Schlaf:

Körperl. Aktivität:

Magen / Darm

Übelkeit / Erbrechen:

Stuhlgang

Frequenz:

Miktion

Frequenz:

Atmung

Husten:

Sodbrennen:

Beschaffenheit:

Beschwerden:

Auswurf:

Bauchschmerzen:

Aussehen:

Kontinenz:

Dyspnoe:

Sexualanamnese:

z.B. Libido, erektile Dysfunktion

Gynäkologische Anamnese

Menstruation:

Beginn / Dauer / Stärke letzter Monatsblutung, Beschwerden, Zwischenblutungen

Verhütung:

seit

Menarche/Menopause:

Schwangerschaften/Geburten:

Genuss- & Suchtmittel

Nikotin Frequenz & Menge :

Alkohol Frequenz & Menge :

Weitere Drogen:

= Pack-years:

Packung / Tag x Raucherjahre

Bewegung/Sport:

Familienanamnese

Erkrankungen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern etc.; ggf. Todesursache

Sozialanamnese

Ausbildung, aktuelle Tätigkeit:

Familiäre Situation:

z.B. Wohnsituation, Familienstand

Häusliche Versorgung:

ggf. Pflegestufe, Hilfsmittel

Besondere Belastungsfaktoren:

beruflich / privat, körperlich / seelisch

Patientenverfügung:

Kontaktperson:

Name, Verhältnis zum Pat. (Partner, Betreuer o.ä.), Telefon

Personalausweis/Reisepass Nr.:

Patient: _____ Datum beim Ausfüllen:

Tag	Monat	Jahr	

1. Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr	

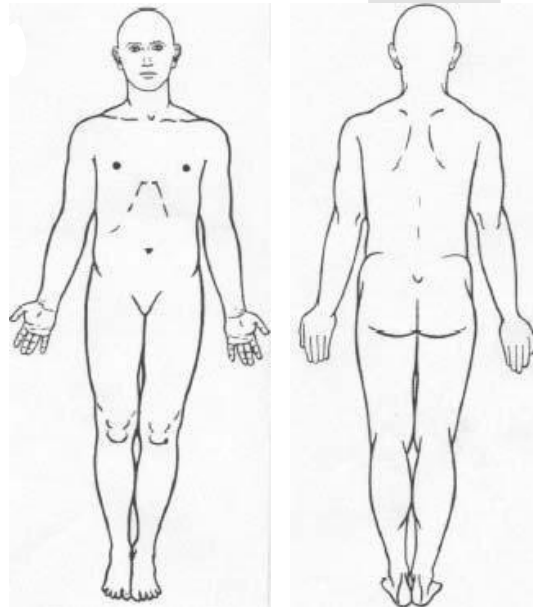
 Alter: _____ Jahre2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--

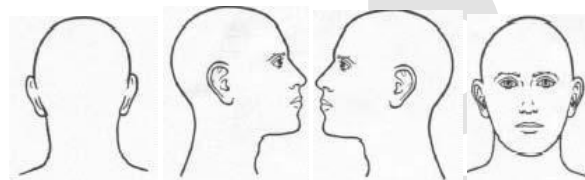
 4. Körpergewicht (kg):

--	--	--	--

5. Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Körperstellen Ihre Schmerzen auftreten



Bitte beschreiben Sie Ihre Schmerzen mit eigenen Worten:



6. Wegen welcher Schmerzen kommen Sie hauptsächlich zur Behandlung? _____

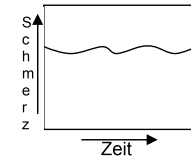
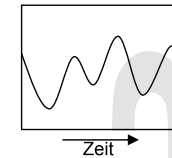
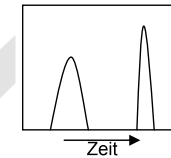
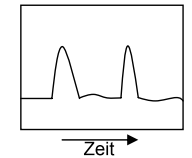
7. a) Seit wann bestehen diese Schmerzen?

weniger als 1 Monat ☐	1/2 Jahr bis 1 Jahr ☐	2 bis 5 Jahre ☐
1 Monat bis 1/2 Jahr ☐	1 bis 2 Jahre ☐	mehr als 5 Jahre ☐

b) Können Sie ein genaues Datum angeben?

Tag	Monat	Jahr	

8. a) Welche der Aussagen trifft auf Ihre Schmerzen in den letzten 4 Wochen am besten zu? (Bitte nur eine Angabe machen!)

1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen ☐2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen ☐3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei ☐4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen ☐

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:

b) Wie oft treten diese Attacken durchschnittlich auf?

mehrfach täglich ☐	einmal täglich ☐	mehrfach wöchentlich ☐
einmal wöchentlich ☐	mehrfach monatlich ☐	einmal monatlich ☐
seltener: ☐	_____	

c) Wie lange dauern diese Attacken durchschnittlich?

Sekunden ☐	Minuten ☐
Stunden ☐	länger als drei Tage ☐
bis zu drei Tagen ☐	

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark? wenn ja: morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ja ☐ abends ☐ nein ☐ nachts ☐

10. Mit der folgenden Liste von Eigenschaftsworten können Sie genauer beschreiben, wie Sie Ihre Schmerzen empfinden. Denken Sie bei der Beantwortung an Ihre typischen Schmerzen in der letzten Zeit.

Bitte lassen Sie keine der Beschreibungen aus und machen Sie für jedes Wort ein Kreuz, inwieweit die Aussage für Sie zutrifft.

Sie haben bei jeder Aussage 4 Antwortmöglichkeiten:

3 = trifft genau zu 2 = trifft weitgehend zu 1 = trifft ein wenig zu 0 = trifft nicht zu

Ich empfinde meine Schmerzen als

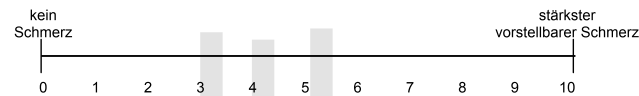
	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
....dumpf	☐	☐	☐	☐	heiß	☐	☐	☐	☐
....drückend	☐	☐	☐	☐	brennend	☐	☐	☐	☐
....pochend	☐	☐	☐	☐	elend	☐	☐	☐	☐
....klopfend	☐	☐	☐	☐	schauderhaft	☐	☐	☐	☐
....stechend	☐	☐	☐	☐	scheußlich	☐	☐	☐	☐
....ziehend	☐	☐	☐	☐	furchtbar	☐	☐	☐	☐

11. Geben Sie im Folgenden die **Stärke Ihrer Schmerzen** an. Kreuzen Sie **auf den unten aufgeführten Linien** an, wie stark Sie Ihre Schmerzen empfinden (unter Ihrer üblichen Medikation). Die Zahlen können Ihnen bei der Einteilung helfen: Ein Wert von 0 bedeutet, Sie haben keine Schmerzen, ein Wert von 10 bedeutet, Sie leiden unter Schmerzen, wie sie für Sie nicht stärker vorstellbar sind. Die Zahlen dazwischen geben Abstufungen der Schmerzstärke an.

a) Geben Sie bitte zunächst Ihre **momentane Schmerzstärke** an:



b) Geben Sie jetzt bitte Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



c) Geben Sie jetzt bitte Ihre **größte Schmerzstärke** während der letzten 4 Wochen an:



d) Geben Sie jetzt an, welche **Schmerzstärke** für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträglich** wäre:



12. In den folgenden Fragen geht es um Ihre Schmerzen während der **letzten 3 Monate**. Für diesen Zeitraum möchten wir Genaueres über die **Auswirkungen der Schmerzen** erfahren.

a) **An wie vielen Tagen** konnten Sie in den letzten 3 Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen (z.B. Beruf, Schule, Haushalt)?

an etwa Tagen

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren **Alltag** (Ankleiden, Waschen, Essen, Einkaufen etc.) beeinträchtigt?



c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Freizeitaktivitäten** oder Unternehmungen im **Familien- oder Freundeskreis** beeinträchtigt?



d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre **Arbeitsfähigkeit** (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?



13. a) Auf welche **Ursachen** führen Sie Ihre **Schmerzen** zurück? (Mehrfachnennungen sind möglich)

für mich ist **keine Ursache** erkennbar ☐

auf eine bestimmte Krankheit ☐

auf eine Operation ☐

auf einen Unfall ☐

auf körperliche Belastung ☐

auf seelische Belastung ☐

auf eine andere Ursache ☐

wenn ja, welche? _____

wenn ja, welche? _____

Datum der Operation
Tag Monat Jahr

wenn ja, welchen? _____

Datum des Unfalls
Tag Monat Jahr

wenn ja, welche? _____

Falls Ihre Schmerzen im Zusammenhang mit einem Unfall, einer berufsbedingten Erkrankung oder Ersatzansprüchen (z.B. nach Operationen) stehen:

b) Sind alle diesbezüglichen **rechtlichen oder versicherungsrechtlichen Fragen** abgeschlossen (z.B. Schmerzensgeld)? ja ☐ nein ☐

14. Was machen Sie selbst, um Ihre **Schmerzen günstig zu beeinflussen**?

Bitte machen Sie genaue Angaben, z.B. spazieren gehen, schlafen, Ablenkung, ...

Ich kann meine Schmerzen nicht beeinflussen ☐

15. **Was löst** Ihrer Erfahrung nach **die Schmerzen aus oder verschlimmert** sie?

Ich weiss es nicht ☐

16. Bitte schätzen Sie Ihr **derzeitiges allgemeines Wohlbefinden** ein. Geben Sie bitte an, wie Sie sich in den letzten 14 Tagen meistens gefühlt haben. Kreuzen Sie dazu auf der 6-stufigen Skala jeweils die Zahl an, die am ehesten auf Sie zutrifft: 0 = trifft gar nicht zu, 5 = trifft vollkommen zu. Bearbeiten Sie bitte alle Aussagen.

	trifft gar nicht zu	0	1	2	3	4	5	trifft voll- kommen zu
Trotz der Schmerzen würde ich sagen:								
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Ich habe mein Leben genießen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Ich bin mit meiner Arbeitsleistung zufrieden gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Ich habe mich richtig freuen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

17. Zur vollständigen Beurteilung ihrer Erkrankung bitten wir Sie nun um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre **allgemeine und seelische Verfassung**.
Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in den letzten 14 Tagen (inklusive heute)** am ehesten zutraf bzw. zutrifft. Machen Sie bitte ein Kreuz für jede Feststellung und lassen Sie bitte keine aus. Überlegen Sie nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint.

Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- ☐ meistens
☐ oft
☐ von Zeit zu Zeit / gelegentlich
☐ überhaupt nicht

A

Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- ☐ fast immer
☐ sehr oft
☐ manchmal
☐ überhaupt nicht

D

Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- ☐ ganz genau so
☐ nicht ganz so sehr
☐ nur noch ein wenig
☐ kaum oder gar nicht

D

Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magenregion

- ☐ überhaupt nicht
☐ gelegentlich
☐ ziemlich oft
☐ sehr oft

A

Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- ☐ ja, sehr stark
☐ ja, aber nicht allzu stark
☐ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
☐ überhaupt nicht

A

Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- ☐ ja, stimmt genau
☐ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
☐ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
☐ ich kümmere mich so viel darum wie immer

D

Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- ☐ ja, so viel wie immer
☐ nicht mehr ganz so viel
☐ inzwischen viel weniger
☐ überhaupt nicht

D

Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- ☐ ja, tatsächlich sehr
☐ ziemlich
☐ nicht sehr
☐ überhaupt nicht

A

Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- ☐ einen Großteil der Zeit
☐ verhältnismäßig oft
☐ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
☐ nur gelegentlich / nie

A

Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- ☐ ja, sehr
☐ eher weniger als früher
☐ viel weniger als früher
☐ kaum bis gar nicht

D

Ich fühle mich glücklich

- ☐ überhaupt nicht
☐ selten
☐ manchmal
☐ meistens

D

Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- ☐ ja, tatsächlich sehr oft
☐ ziemlich oft
☐ nicht sehr oft
☐ überhaupt nicht

A

Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- ☐ ja, natürlich
☐ gewöhnlich schon
☐ nicht oft
☐ überhaupt nicht

A

Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung erfreuen

- ☐ oft
☐ manchmal
☐ eher selten
☐ sehr selten

D

HADS © Herrmann et al. 1996

18. Ich denke des öfteren daran, mir das Leben zu nehmen ja ☐ nein ☐

19. a) Von wem wurden Sie bisher wegen Ihrer Schmerzen untersucht oder behandelt?

Keine Behandlung ☐

Allgemeinarzt ☐

Chirurg ☐

Heilpraktiker ☐

Internist ☐

Neurochirurg ☐

Neurologe ☐

Orthopäde ☐

Psychiater ☐

Psychotherapeut ☐

Radiologe ☐

Schmerztherapeut ☐

Andere: _____

b) Wurde bei Ihnen bereits eine **Schmerzdiagnose** gestellt? ja ☐ nein ☐

wenn ja, welche? _____

20. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

Kreuzen Sie bitte an, welche der unten aufgeführten Behandlungsmaßnahmen Sie erhalten haben. Geben Sie bitte auch an, ob Ihre **Schmerzen** durch diese Maßnahmen zumindest zeitweise gelindert wurden.

	Erhalten:	Wenn ja →	ja	wirksam? vorüber- gehend	nein
bisher keine Schmerzbehandlung	☐				
Medikamente	☐	→	☐	☐	☐
Infusionen	☐	→	☐	☐	☐
Einspritzungen in das Schmerzgebiet, Nervenblockaden	☐	→	☐	☐	☐
Einspritzungen am Rückenmark (z.B. epidural)	☐	→	☐	☐	☐
Rückenmarksnahe Sonden- (SCS) oder Pumpensysteme	☐	→	☐	☐	☐
Krankengymnastik	☐	→	☐	☐	☐
Massagen, Bäder, Kälte-/Wärmetherapie	☐	→	☐	☐	☐
Elektrische Nervenstimulation (TENS)	☐	→	☐	☐	☐
Akupunktur	☐	→	☐	☐	☐
Chiropraktik	☐	→	☐	☐	☐
Psychotherapie	☐	→	☐	☐	☐
Entspannungsverfahren, Hypnose, Biofeedback	☐	→	☐	☐	☐
Medikamenten-Entzug	☐	→	☐	☐	☐
Kur-/Reha-Behandlung	☐	→	☐	☐	☐
Anderes: _____	☐	→	☐	☐	☐

21. Wurden Sie schon einmal operiert? ja ☐ wie oft mal nein ☐

Wichtig sind für die Beantwortung dieser Frage auch alle „kleineren operativen Eingriffe“, die oft in örtlicher Betäubung durchgeführt werden, z.B. Nasenoperationen, Gelenk- und Bauchspiegelungen. Bitte markieren Sie, welche Operation **wegen Ihrer Schmerzen** durchgeführt wurde.

Art der Operation:	Datum:	wg Schmerz
1. _____		☐
2. _____		☐
3. _____		☐
4. _____		☐
5. _____		☐
	Tag Monat Jahr	

22. **Aktuelle Medikamenten-Einnahme.** Bitte tragen Sie in die nachfolgende Tabelle alle Medikamente ein, die Sie **zur Zeit** nehmen (Schmerzmedikamente, Blutdruckmittel u.s.w)

Beispiele	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?
Beispiel: Ibuprofen 600	1 Tbl.	1 Tbl.	0	0		
Beispiel: Ibuprofen 200					X	Ca. 7mal 1 Tbl.

Bitte hier Ihre Medikamente eintragen:	Ich nehme das Medikament regelmäßig				Ich nehme das Medikament <u>nur bei Bedarf</u>	
	früh	mittags	abends	spät abends	wenn zutreffend, ankreuzen	ungefähr <u>wie oft</u> pro Monat?

23. **Frühere Schmerzmedikamente:** Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben. Bitte bewerten Sie auch deren Wirksamkeit und eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	
				bitte beschreiben

24. Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente?

ja ☐

nein ☐

wenn ja, gegen welche?

--	--	--

25. Leiden Sie neben Ihren Schmerzen an **weiteren Krankheiten oder Krankheitsfolgen**?

Im Folgenden sind Krankheitsgruppen mit Beispielen aufgeführt. Wenn eines der Beispiele zutrifft, unterstreichen Sie es bitte. Dann schätzen Sie bitte ein, wie stark Sie durch diese Erkrankung in Ihrem Alltagsleben beeinträchtigt sind. „0“ bedeutet, Sie erleben keine Beeinträchtigung, „3“ besagt, dass Sie eine starke Beeinträchtigung erleben.

Bösartige Erkrankungen, Tumorleiden, Krebs	ja ☐ nein ☐
Welche Erkrankung: _____	keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen des Nervensystems, Gehirns und Rückenmarks z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose (MS), Parkinson, Schlaganfall, Nervenverletzung, Nervenlähmung, Nervenentzündung, Polyneuropathie; Zustand nach Rückenmarkverletzung, Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen der Atemwege z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem; Zustand nach Pneumothorax, Tuberkulose oder Lungenentzündung Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf z.B. Koronare Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen; Herzschwäche, Bluthochdruck, Arterienverkalkung, Aneurysma; Zustand nach Herzinfarkt, Thrombose, oder Embolie Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Magen-, Darmerkrankungen z.B. Entzündung der Magenschleimhaut oder der Speiseröhre (Refluxkrankheit); Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre, Reizdarm, M.Crohn, Colitis ulcerosa, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz (Schwäche des Schließmuskels); Zustand nach Magen- oder Darmblutung Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen der Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse z.B. Chronische Leberentzündung (=Hepatitis), Leberzirrhose, Gallenkoliken durch Steine oder Entzündung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen der Nieren, Harnwege (Blase, Harnröhre) oder Geschlechtsorgane z.B. Chronisches Nierenversagen, Harnwegsentzündung, Blasenschwäche, Endometriose, Sexualstörung; Zustand nach Nierenkoliken oder Nierensteinen Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Stoffwechsel-Erkrankungen z.B. Zuckerkrankheit; Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht; Erhöhung der Blutfettwerte Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Hauterkrankungen z. B. Psoriasis (Schuppenflechte); Nesselsucht; Ekzeme Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems / des Bindegewebes z.B. Chronische Polyarthritis, M.Bechterew; rheumatische Muskelentzündung, Skoliose; Osteoporose; Arthrose von Knie-, Hüft-, oder Schultergelenk; Zustand nach Bruch eines Wirbelkörpers Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Seelische Leiden z.B. Depression, schwere Angstzustände, Panikattacke, Mager-sucht, chronische Müdigkeit und Erschöpfung, Sucht oder Abhängigkeit, Psychose Andere: _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Andere Erkrankungen _____	ja ☐ nein ☐ keine [0] Beeinträchtigung [1] [2] starke [3]
Risikofaktoren Blutgerinnungsstörung, Hepatitis, HIV Andere: _____	ja ☐ nein ☐
Unverträglichkeiten, Allergien z.B. Pflaster, Lebensmittel, Wasch-/Putzmittel, Blütenstaub, Hausstaub	ja ☐ nein ☐

Modul D Demographie, Versicherung

D-1. Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum:

Tag	Monat	Jahr		

D-2. Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐

D-3. Körpergröße (cm):

--	--	--	--

 Körpergewicht (kg):

--	--	--	--

D-4. PLZ: _____ Wohnort: _____
Straße: _____
Tel. privat: _____ Tel. dienstl.: _____
Handy: _____ e-mail.: _____

D-5. Entfernung von Ihrer Wohnung bis zu unserer Praxis / Klinik (in km): _____ ca.

--	--	--	--

D-6. Nationalität: _____ Muttersprache: _____

D-7. Name, Adresse und Telefon-Nummer Ihres überweisenden Arztes:

Fahrtweg - Auto - ÖPNV - Bahn:

Fußwege/Strecke: _____ benötigte Zeiten: _____

D-8. Name, Adresse und Telefon-Nummer der Ärzte oder Psychotherapeuten, die Sie zur Zeit hauptsächlich behandeln (falls abweichend von Frage D-7): _____

Arbeitswege/andere Wege (z. B. Arzt)/Transportmittel: _____

D-9. Krankenversicherung für ambulante Behandlung: _____
zuständige Geschäftsstelle inkl. Adresse: _____

D-10. Krankenversicherung für stationäre Behandlung: _____

D-11. Beihilfe-Berechtigung: nein ☐ ja ☐ durch: _____D-12. Behandlung aufgrund eines anerkannten BG-Verfahrens (Arbeits- oder Wegeunfall) ja ☐ nein ☐D-13. Haben Sie eine Krankentagegeldversicherung? ja ☐ nein ☐D-14. Besteht eine Zusatzversicherung? ja ☐ nein ☐

D-15. Wer lebt gemeinsam mit Ihnen in Ihrem Haushalt? (Mehrfachantworten sind möglich):

ich lebe allein ☐ Ehepartner/Partner ☐ Kinder ☐ (Schwieger-)Eltern ☐

D-16. Welche Schulausbildung haben Sie?

keinen Abschluss ☐ Hauptschule / Volksschule ☐ Realschule / Mittlere Reife ☐
Fachhochschulreife ☐ Abitur / allgemeine Hochschulreife ☐**Modul L** Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Bei diesen Fragen geht es um die **Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes**. Ihre Antworten ermöglichen, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Antwort ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

L-1. Wie würden Sie Ihren **Gesundheitszustand im Allgemeinen** beschreiben?
ausgezeichnet ☐ sehr gut ☐ gut ☐ weniger gut ☐ schlecht ☐

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie **durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt**? Wenn ja, wie stark?

L-2. Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Tennis spielen
ja, stark eingeschränkt ☐ ja, etwas eingeschränkt ☐ nein, überhaupt nicht eingeschränkt ☐L-3. Mehrere Treppenabsätze steigen
ja, stark eingeschränkt ☐ ja, etwas eingeschränkt ☐ nein, überhaupt nicht eingeschränkt ☐

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen **aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

L-4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja ☐ nein ☐L-5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun. ja ☐ nein ☐

Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen **aufgrund seelischer Probleme** irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

L-6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte. ja ☐ nein ☐L-7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten. ja ☐ nein ☐L-8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen **bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zuhause und im Beruf behindert**?überhaupt nicht ☐ ein bisschen ☐ mäßig ☐ ziemlich ☐ sehr ☐

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den **vergangenen 4 Wochen** gegangen ist (bitte kreuzen Sie in jeder Zeile den Begriff an, der Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den **vergangenen 4 Wochen** ...

L-9. ruhig und gelassen...
immer ☐ meistens ☐ ziemlich ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐L-10. voller Energie...
immer ☐ meistens ☐ ziemlich ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐L-11. entmutigt und traurig...
immer ☐ meistens ☐ ziemlich ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐L-12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre **Kontakte zu anderen Menschen** (Besuche bei Freunden, Bekannten, usw.) beeinträchtigt?immer ☐ meistens ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie ☐

Modul S Sozialrechtliche SituationS-1. Sind Sie zur Zeit **berufstätig**? (trifft auch zu, wenn Sie jetzt gerade arbeitsunfähig sind)ja, ich bin zur Zeit berufstätig, d.h. habe einen Arbeitsplatz ☐

→ weiter bei Frage S-2

nein, ich bin zur Zeit nicht berufstätig ☐

→ weiter bei Frage S-5

Die Fragen S-2 bis S-4 bitte nur beantworten, wenn Sie zur Zeit berufstätig sind.S-2. Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____S-3. Sind Sie **zur Zeit arbeitsunfähig**?ja ☐nein ☐wenn ja, glauben Sie, dass Sie wieder an Ihren **alten Arbeitsplatz zurückkehren** können?ja ☐nein ☐S-4. Wie viele Tage waren Sie **in den letzten 3 Monaten** arbeitsunfähig?

ich war in letzten 3 Monaten an _____ Tagen arbeitsunfähig (0-92 Tage)

bin durchgehend arbeitsunfähig ☐ seit

Tag

Monat

Jahr

Die Frage S-5 bitte nur beantworten, wenn Sie derzeit nicht berufstätig sind.S-5. Wenn Sie zur Zeit **nicht berufstätig** sind, sind Sie ...Schüler/in, Student/in ☐Hausfrau / Hausmann ☐berentet ☐arbeitslos / erwerbslos ☐ seit _____ / _____ (Monat/Jahr)S-6. Beabsichtigen Sie einen **Renten-Antrag** oder einen **Antrag auf Renten-Änderung** zu stellen?ja ☐nein ☐Haben Sie einen **Rentenantrag** / Antrag auf Renten-Änderung gestellt, der **noch nicht entschieden** ist?nein ☐ja ☐

wenn ja, wegen: _____

am:

Tag

Monat

Jahr

Ist bereits ein **Rentenantrag abgelehnt** worden?ja ☐nein ☐Befindet sich derzeit ein Rentenanspruch im **Widerspruchsverfahren**?ja ☐nein ☐S-7. Beziehen Sie **derzeit** eine **Rente**?ja ☐nein ☐

wenn ja,

auf Zeit ☐

bis wann:

 endgültig ☐

seit wann:

Tag

Monat

Jahr

wenn ja, Berentung welcher Art?vorgezogenes Altersruhegeld ☐Berufsunfähigkeit ☐Erwerbsunfähigkeit ☐Erreichen der Altersgrenze ☐Teilweise Erwerbsminderung ☐Volle Erwerbsminderung ☐Unfallrente ☐Witwen- oder Waisenrente ☐S-8. Haben Sie einen (z.B. durch das Amt für Versorgungsangelegenheiten) anerkannten **Grad der Behinderung?** (GdB) ja ☐ nein ☐ → wenn ja, wie hoch ist der GdB? _____

Ist ein GdB oder eine Höherstufung beantragt?

ja ☐nein ☐**Modul V Vorbehandlungen**V-1 Bitte notieren Sie soweit möglich jeweils Namen, Fachrichtung und Adresse von **Ärzten, Heilpraktikern und anderen Therapeuten**, bei denen Sie **wegen Ihrer Schmerzen** bereits in Behandlung waren oder sind.

Name

Fachrichtung

Adresse

in Behandlung

von – bis

V-2 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** stationären Behandlungen (**Krankenhausaufenthalte**)

Name

Adresse

von – bis

V-3 Bitte notieren Sie hier Ihre **schmerzbezogenen** Aufenthalte in **Kur- oder Rehabilitationskliniken**

Name

Adresse

von – bis

Wir benötigen zur **vollständigen Erfassung Ihrer Krankheitsgeschichte** evtl. die Befunde der aufgeführten ärztlichen Kollegen bzw. der aufgeführten therapeutischen Einrichtungen.

Die Befunde dürfen wir nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis anfordern. Wir bitten Sie daher, die nachfolgende so genannte Entbindung von der Schweigepflicht zu unterschreiben.

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich bin mit der Anforderung von Unterlagen, die der Vervollständigung meiner Krankheitsgeschichte dienen, durch die

einverstanden.

Stempelfeld

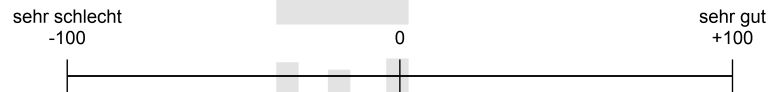
Ort und Datum

Vor- und Nachname

<u>Modul A</u>	<u>Allgemeinbefindlichkeit</u>
----------------	--------------------------------

Die folgenden Fragen beziehen sich auf **die letzten 14 Tage**:

A-1. Wie war Ihr **allgemeines Wohlbefinden**? Ordnen Sie Ihrem Befinden eine Position auf der Linie zu, wobei „-100“ einem sehr schlechten Befinden und „+100“ einem sehr guten Befinden entspricht. Machen Sie eine Markierung an der Stelle, die Ihrem Befinden entspricht.



A-2. War Ihre nächtliche **Schlafdauer**...

...ausreichend? ☐ ...nicht ausreichend? ☐

A-3. Hatten Sie **Dauerschmerzen**:

nein ☐ ja ☐

A-4. Wurden Sie durch Ihre Schmerzen **in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?**

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ fast völlig ☐

A-5. Haben die Schmerzen Ihre **Stimmung** beeinträchtigt?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☐ stark ☐ sehr stark ☐

A-6. Hatten Sie das Gefühl, die **Schmerzen lindernd beeinflussen** zu können?

nein ☐ ja, ein wenig ☐ deutlich ☒ stark ☐ sehr stark ☐

A-7. Hatten Sie **sonstige Beschwerden**? (Mehrfachnennungen möglich)

keine ☐ ☐

Müdigkeit ☐ Niedergeschlagenheit ☐ Lustlosigkeit ☐

Übelkeit ☐ Appetitlosigkeit ☐ Schwindel ☐

Magenbeschwerden ☐ Schlafstörungen ☐ Verstopfung ☐

Konzentrationsstörung ☐ Schwitzen ☐

Wohnsituation: Etage

Treppen? Stufen?

Wieviele Absätze ohne Pause?

Tagesablauf:

Haushalt:

Hobbies:

Gehstrecken:

Gangbild:

Hilfsmittel:

Aus-/Ankleiden:

Sehhilfe/Hörgeräte?

Palpation	re.	li.
A. carotis		
A. radialis		
A. ulnaris		
Aorta abdominalis		
A. femoralis		
A. poplitea		
A. tibialis posterior		
A. dorsalis pedis		
- nicht tastbar	+ schwach tastbar	++ gut tastbar

A. carotis li. / re.,
Aorta abdominalis,
A. renalis li. / re.,
A. femoralis li. / re.

Temperatur der Extremitäten,
Seitendifferenzen, Hautkolorit,
Varikosis, trophische Störungen
(Ulkus, Gangrän), Ödeme,
Beinumfangsdifferenz

Obere / untere Extremität:
Schwellungen, Deformitäten, Fehlstellungen
Beweglichkeit, Schmerzen, Rötung

Achsabweichungen
(Skoliose), Klopff- /
Bewegungsschmerz,
Bewegungseinschränkung

zu Zeit / Ort /
Person / Situation

Sprache
flüssig /
verwaschen
verlangsamt

Pupillen:
Pupillengröße und -form
(rund, isokor), direkte und
konsensuelle Lichtreaktion
(prompt, verzögert)

Augenmotilität:
Fingerfolgebewegungen
(glatt, sakkadiert), Doppelbilder

Gesichtsfeld:
re. / li., fingerperimetrisch intakt

Gesicht:
Mimik (Symmetrie, Vollständigkeit des Lidschlusses), Sensibilität seitengleich intakt, trigeminale Nervenaustrittspunkte ohne Druckschmerz

regelrecht / erhöht /
herabgesetzt

Kraft:
grobe Kraftprüfung

Finger-Nase-Versuch
und Knie-Hacke-Versuch
unauffällig / dysmetrisch,
Eu- / Dysdiadochokinese

fein- / grobschlägig

Muskeleigenreflexe	re.	li.
Bizepssehnenreflex (C5-C6)		
Trizepssehnenreflex (C7-C8)		
Radiusperiostreflex (C5-C6)		
Patellarsehnenreflex (L2-L4)		
Achillessehnenreflex (S1-S2)		

+ schwach ++ mittel lebhaft +++ lebhaft ++++ gesteigert* - nicht auslösbar
*(pathologisch z.B. bei unerschöpflichem Klonus)

Babinski-Zeichen:
vorhanden / nicht vorhanden

Romberg/Armvorhalte:
Unterberger-Tretversuch:

flüssig / ataktisch /
breitbasig / hinkend

vermutete Erkrankung, geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen

Datum	Uhrzeit	Untersucher	Funktion	Unterschrift

Rechts			Links		

Das Diagramm besteht aus zwei Teilen, die die Wahrnehmung von Körperpositionen illustrieren. Abb. 1 zeigt die 'seitw./körperw.' (seitliche Körperwahrnehmung) mit einem Winkelbereich von 20° bis 40° und einer vertikalen Referenzlinie. Abb. 2 zeigt die 'rückw./vorw.' (rückwärtige/vordere Wahrnehmung) mit einem Winkelbereich von 150° bis 170° und einem Winkel von 40°.

--	--	--	--	--	--

Drehg. ausw./einw. Drehg. kopf-/fußwärts.

Abb. 3 Abb. 4

--	--	--	--	--	--

II	III	IV	V	II	III	IV	V

0			0		
---	--	--	---	--	--

0			0		
---	--	--	---	--	--

II	III	IV	V	II	III	IV	V
----	-----	----	---	----	-----	----	---

er								
----	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

--	--

[illegible]

Streck-/Beugung.
Abb. 5

Abb. 7

Abb. 8

handrückenw./hohlhandw.

speichenw./ellenw.

Abb. 9

Abb. 10

Abb. 11

Abb. 12

Name: Aktenzeichen:

Untersuchungstag:

Standbein: ☐ rechts ☐ links

Messblatt für untere Gliedmaßen (nach der Neutral - 0 - Methode)

Hüftgelenke:

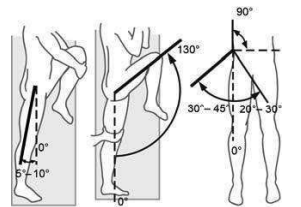
Streckung / Beugung (Abb. 1 a und 1 b)

Abspreizen / Anführen (Abb. 2)

Drehung auswärts / einwärts (Hüftgelenk. 90° gebeugt) (Abb. 3)

Drehung auswärts / einwärts (Hüftgelenk gestreckt) (Abb. 4)

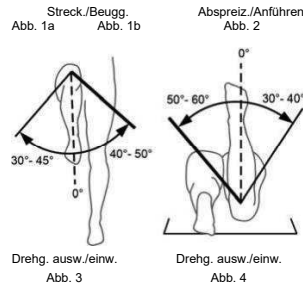
Rechts	Links



Kniegelenke:

Streckung / Beugung (Abb. 5)

--	--	--	--	--	--



Obere Sprunggelenke:

Heben / Senken des Fußes (Abb. 6)

--	--	--	--	--	--

Untere Sprunggelenke:

Gesamte Beweglichkeit (Fußaußenrand heben Abb. 7 a / senken Abb. 7 b) (in Bruchteilen der normalen Beweglichkeit)

--	--

Zehengelenke:

(in Bruchteilen der normalen Beweglichkeit)

--	--

Umfangmaße in cm:

20 cm ob. innerer Knie-Gelenkspalt

10 cm ob. innerer Knie-Gelenkspalt

Kniescheibenmitte

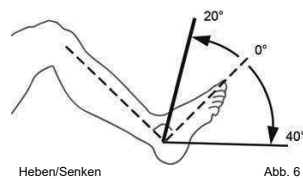
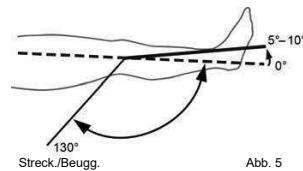
15 cm unterhalb innerer Gelenkspalt

Unterschenkel, kleinster Umfang

Knöchel

Rist über Kahnbein

Vorfußballen



Beinlänge in cm:

Vorderer oberer Darmbeinstachel - Außenknöchelspitze

--	--

Stumpflänge in cm:

Sitzbein - Stumpfende

Innerer Knie-Gelenkspalt - Stumpfende

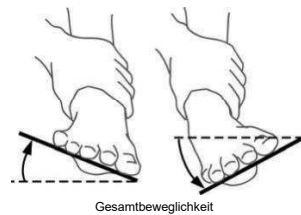


Abb. 7 a Außenrand heben
Abb. 7 b Außenrand senken

Az.:

Untersuchungstag:

Name:

Messblatt Wirbelsäule (nach der Neutral-0-Methode)

Größe in cm:

Gewicht in kg:

HWS

Vorneigen / Rückneigen

(Abb. 1)

Seitneigen

rechts / links

(Abb. 2)

Drehen

rechts / links

(Abb. 3)

BWS / LWS

Seitneigen

rechts / links

(Abb. 4)

Drehen im Sitzen

rechts / links

(Abb. 5)

Finger - Boden - Abstand (cm)

a) Ott (Abb. 6)

Messstrecke DF C7 30 cm caudal

b) Schober (Abb. 6)

Messstrecke DF S1 10 cm cranial

c) Messstrecke 10 cm (Abb. 6)

mit Mittelpunkt DF L 1

Seitverbiegung

Schulterstand (rechts tief/links tief)

Sagittale Verbiegung (kyphotische oder lordotische Fehlförm)

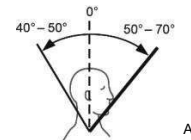


Abb. 1

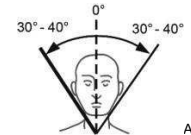


Abb. 2

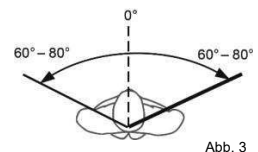


Abb. 3

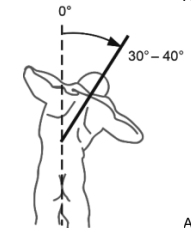


Abb. 4

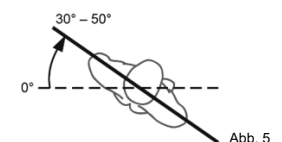


Abb. 5

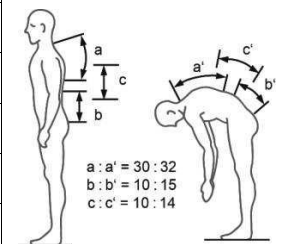


Abb. 6