

Anamnesefragebogen

Für Neupatienten:

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation bei Ihrer Ärztin aus.

Sollten Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Personalien

| | |
|----------------------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Straße | |
| PLZ | |
| Stadt | |
| Telefon | |
| Handy | |
| Mail | |
| Krankenkasse | |
| Beruf (ggf. letzter bei Rentner) | |
| Arbeitsstunden pro Woche | |
| Familienstand | |
| Körpergröße | |
| Gewicht | |
| Hausarzt mit Ort | |
| Überweiser mit Ort | |

Bei welchen Fachärzten waren Sie in Behandlung?

(Bsp. Neurologe, Orthopäde, Psychologe, ...)

Welche aktuelle Beschwerden belasten Sie?

Vorerkrankung (bitte zutreffende ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thrombose oder Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Herz- / Kreislauferkrankung | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Stent | <input type="checkbox"/> Leberentzündungen |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Magenerkrankungen | <input type="checkbox"/> HIV Infektion |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Hepatitis Erkrankungen |

Sonstige Erkrankungen: _____

Operationen:

Krankenhausaufenthalte der letzten 2 Jahre:

Allergien/bestehende Unverträglichkeiten gegen

| | ja | nein |
|---------------------------------|----|------|
| Pollen/Hausstaub/Tierhaare | | |
| Metall | | |
| Nahrungsmittel | | |
| Milch/Fruktzucker | | |
| Pflaster | | |
| Medikamentenunverträglichkeiten | | |

Medikamente

| | |
|--|--|
| Blutverdünner (ASS/Macumar/Plavix/Xarelto ect.) | |
| Insulin? | |

bisherige Schmerzmedikation

| | + Effekt | - Kein Effekt | Nebenwirkung | Nicht erhalten |
|----------------|----------|---------------|--------------|----------------|
| Paracetamol | | | | |
| Diclofenac | | | | |
| Ibuprofen | | | | |
| Naproxen | | | | |
| Celecoxib | | | | |
| Etoricoxib | | | | |
| Metamizol | | | | |
| Novalgin | | | | |
| Novalminsulfon | | | | |
| Amitriptylin | | | | |
| Doxepin | | | | |
| Duloxetin | | | | |
| Mirtazapin | | | | |
| Valdoxan | | | | |
| Venlafaxin | | | | |
| Gabapentin | | | | |
| Pregabalin | | | | |
| Tilidin | | | | |
| Cannabionide | | | | |
| Tapentadol | | | | |
| Hydromorphon | | | | |
| Triptane | | | | |

Welche Triptane haben Sie erhalten:

| Name des Medikaments | Wirkstoffmenge (mg) | Dosierung pro Tag (z.B. 1-0-0-1) | Hinweis |
|----------------------|---------------------|----------------------------------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Gewohnheiten:

| | nein | ja | wie viel | seit wann |
|--------------------------------|------|----|----------|-----------|
| rauchen sie | | | | |
| Trinken sie regelmäßig Alkohol | | | | |
| Treiben sie Sport | | | | |

Vegetative Anamnese: Veränderungen im letzten Jahr?

| | normal | vermehrt | vermindert |
|-----------------------------|--------|----------|------------|
| Durst | | | |
| Appetit | | | |
| Stuhlgang | | | |
| Wasserlassen | | | |
| schwitzen | | | |
| Nachtschweiß | | | |
| Atmung z.B. Husten, Dyspnoe | | | |
| kalte Hände/Füße | | | |
| Frieren | | | |
| Schwindel | | | |
| Gewichtsverlust | | | |
| Schlaf | | | |

Bisherige Behandlung (bitte zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> KG Gerät |
| <input type="checkbox"/> Manuelle Therapie | <input type="checkbox"/> Massage |
| <input type="checkbox"/> Wärmebehandlungen | <input type="checkbox"/> Infiltrationen |
| <input type="checkbox"/> Kältebehandlungen | <input type="checkbox"/> Tens Gerät / Reizstrom |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> Chirotherapie |
| <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Infusionstherapie | <input type="checkbox"/> Reha / Kur |

Sonstige Behandlungen:

Hinweis!!!!

Im Rahmen der schmerztherapeutischen Behandlung werden Ihnen zusätzlich zu nicht medikamentösen Methoden eventuell zentral wirksame Medikamente verordnet (z.B. Schmerzmittel, BTM, Antidepressiva u.ä.) die die Fahrtauglichkeit verändern können.

Wichtig: Bitte sagen Sie ihre Termine spätestens 24 Stunden vorher ab, ansonsten müssen wir Ihnen diese privat in Rechnung stellen.

Bingen, den _____ Unterschrift des Patienten: _____

Bitte unterschreiben Sie zusätzlich den anhängenden Datenschutz. (Seite 10)

Wenn Sie unter regelmäßigen Kopfschmerzen leiden, füllen Sie bitte die nachfolgenden Fragen aus.

In welchem Alter traten bei Ihnen erstmals Kopfschmerzen auf?

Als ich _____ Jahre alt war.

Leiden in Ihrer Familie noch weitere Personen an wiederkehrenden Kopfschmerzen?

Nein Ja, mein(e) leidet an: _____

Migräne Spannungskopfschmerz Clusterkopfschmerz Trigeminusneuralgie

An wie vielen Tagen hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen Kopfschmerzen?

Anzahl Tage _____

Wie stark waren Ihre Kopfschmerzen durchschnittlich in den letzten 4 Wochen? (bitte markieren Sie mit einem Kreuz die Skala)

| | | |
|---------------|-------------------------|-----------------------------|
| 0 | 5 | 10 |
| (schmerzfrei) | (mittelmäßiger Schmerz) | (stärkst möglicher Schmerz) |

Wie stark waren Ihre Schmerzen maximal in den letzten 4 Wochen? (bitte markieren Sie mit einem Kreuz die Skala)

| | | |
|---------------|-------------------------|-----------------------------|
| 0 | 5 | 10 |
| (schmerzfrei) | (mittelmäßiger Schmerz) | (stärkst möglicher Schmerz) |

Wie schnell erreichen die Kopfschmerzen in der Regel das Schmerzmaximum?

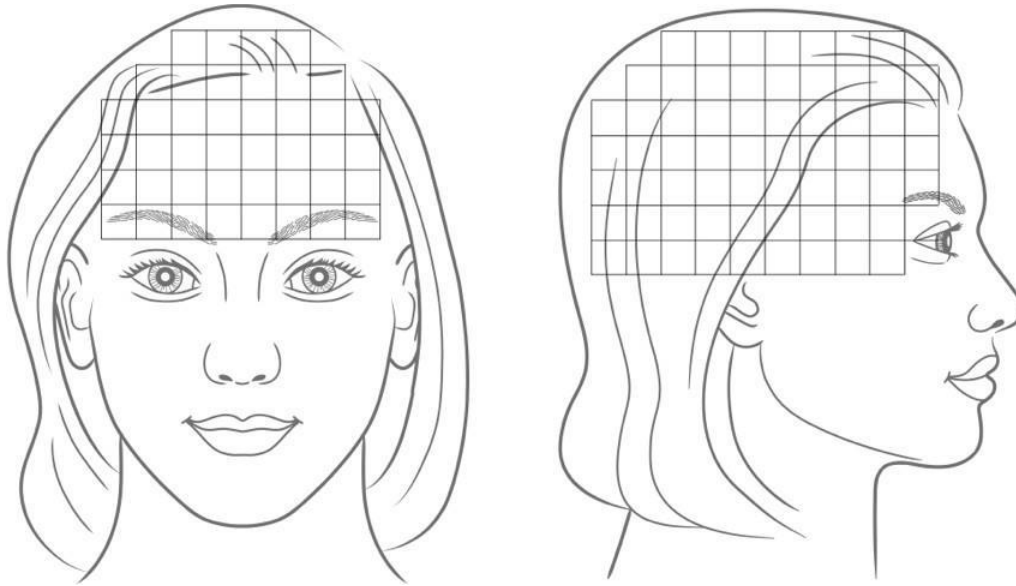
In Minuten _____

Wie lange dauert eine Kopfschmerzattacke (ohne Schmerzmittel)?

Minuten Stunden Tage

Zu welchen Uhrzeiten treten die Kopfschmerzen in der Regel auf?

aus dem Schlaf heraus frühmorgens vormittags nachmittags abends



Welche Begleiterscheinungen treten bei Ihren Kopfschmerzen auf?

- Übelkeit o leicht o stark
- Erbrechen o leicht o stark
- Lichtempfindlichkeit
- Geräuschempfindlichkeit
- Zunahme bei körperlicher Anstrengung
- Unruhe/Bewegungsdrang
- Laufende Nase
- Tränendes Auge
- Geruchsempfindlichkeit
- Ruhebedürfnis

Andere:

Wurden wegen Ihrer Kopfschmerzen weitere (technische) Untersuchungen durchgeführt?

- Nein
- Computertomographie (CT) wo: _____
- Kernspintomographie (MRT) wo: _____
- Röntgen wo: _____
- Ultraschalluntersuchung wo: _____
- Langzeitblutdruck oder Langzeit EKG
- Nervenwasseruntersuchung
- Sonstiges: _____

Haben Sie Auslöser/Verstärker von Kopfschmerzattacken bei sich festgestellt?

- Nein
- Stress Schlafmangel
- Unregelmäßiger Tagesablauf Schichtarbeit
- Regelblutung Alkohol
- Sport, körperliche Anstrengung Wetter
- Gerüche Sonstiges: _____

Wenn Sie unter starker Übelkeit und Erbrechen leiden, erbrechen Sie zum Teil Ihre Tabletten?

- Nein Ja

Nehmen Sie zusätzlich Medikamente zur Bekämpfung der Übelkeit in der Attacke ein?

- Nein
- Domperidon (Motilium®) Metoclopramid (Paspertin®) Dimenhydrinat (Vomex®)
- Sonstiges: _____

Haben Sie jemals im Zusammenhang mit Ihrer Kopfschmerzbehandlung vorbeugend folgende Medikamente über mindestens 4-8 Wochen eingenommen? (bitte Kreuzen Sie an)

| | Medikamentengruppe | Beispiele | Dosis | Wirkung/Verträglichkeit |
|--|--------------------|--|-------|--|
| | CGRP-Antikörper | Erenumab (Aimovig®) Galcanezumab (Emgality®) Fremanezumab (Ajovy®) | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Betablocker | Metoprolol, Bisoprolol, Propanolol | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Topiramat | | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Valproinsäure | Valproat®, Ergenyl | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Carbamazepin | Tegretal® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Pregabalin | Lyrica® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |

| | | | | |
|--|-------------------|---|--|---|
| | Kalziumantagonist | Flunarizin (Natil N®) Verapamil (Isoptin®) | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Amitriptylin | | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Opiramol | Insidon® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Venlafaxin | Cymbalta® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Citalopram | Trevilor® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Candesartan | Atacand (Protect)® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Botulinumtoxin | Botox Wie oft: | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Lithium | Hypnorex®, Quilonum® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Magnesium | | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Pestwurz | Petadolex® | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |
| | Nahrungsergänzung | Orthoexpert, Migra3, Migravent | | <input type="checkbox"/> keine Wirkung <input type="checkbox"/> wurde nicht vertragen |

Patienteninformation zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Ferner sind wir nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Ich wünsche eine Kopie des Arztbriefes als PDF und Stimme der Verwendung meiner Emailadresse zur Kommunikation zwischen mir und der Praxis zu.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung ist:

Praxis für Schmerztherapie
Monika Rieger
Basilikastr. 26
55411 Bingen
Tel: 06721/9888900
Email: info@schmerztherapie.de

Sie erreichen den zuständigen Datenschutzbeauftragten unter oben genanntem Kontakt

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, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zeilen können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem anderen Ärzten/Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebende Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

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 Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Unfallkasse, Ärztekammer und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zweck 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 weiter berechnigte 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, z. B. 30 Jahre bei Röntgenaufzeichnungen laut §28 Abs. 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 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 Aufsichtsbehörden lauten:

- Hessen: Hessischer Datenschutzbeauftragter, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden
- RLP: Landesbeauftragter für den Datenschutz und Informationsfreiheit, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz

6. Rechtliche Grundlagen

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

Ihr Praxisteam

Bestätigung Datenschutz

Ich,

Name, Vorname

Datum

Unterschrift

Habe die Patienteninformation zum Datenschutz heute zur Kenntnis genommen.