

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten, um Sie optimal behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen einen detailliert ausgefüllten Fragebogen zu Ihrer Gesundheit und möglichen Risikofaktoren.

Eventuelle Fragen werden wir mit Ihnen gerne in einem persönlichen Gespräch klären.

Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Titel.....

Vorname.....

Nachname.....

Geburtsdatum.....

Versicherungsnummer.....

Krankenkasse.....

Straße/Hausnummer.....

Postleitzahl / Wohnort.....

Telefon.....

Emailadresse.....

Beruf.....

Arbeitgeber.....

Adresse Arbeitgeber.....

Allergien oder Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrung, Gräser, Pollen, Kontrastmittel, Jod, etc.)

ja.....

nein

Rauchen

ja, wieviel.....seit wieviel Jahren.....

nein

Alkoholkonsum

gelegentlich regelmäßig, wieviel wovon.....

nein

Familienanamnese (Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Alterszucker, Krebserkrankung... bei Blutsverwandten 1. Grades = Eltern/Geschwister/Kinder)

ja.....

nein

Operationen

ja.....

nein

Leiden Sie unter Hypertonie (erhöhtem Blutdruck)?

ja

nein

Leiden Sie unter einer Herzerkrankung (Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung...)?

- ja.....
 nein

Haben Sie Diabetes? (Zuckerkrankheit)

- ja... Typ 1 (in Kindheit/Jugend aufgetreten) Typ 2 (im Alter aufgetreten)
 in der Schwangerschaft
 nein

Oder sonstige Stoffwechselerkrankung (Übergewicht, erhöhte Harnsäure, erhöhte Blutfette, Schilddrüsenerkrankung, Osteoporose)?

- ja.....
 nein

Haben Sie eine Magen/Darmerkrankung (z.B. Morbus Chron, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Magengeschwür....) oder eine Leber/Bauchspeicheldrüsenerkrankung (Fettleber, Leberzirrhose, Pankreasinsuffizienz...)?

- ja.....
 nein

Haben Sie Asthma bronchiale seit der Kindheit/Jugend?

- ja
 nein

Haben Sie eine chronische Bronchitis (COPD) oder ein Lungenemphysem, benötigen Sie eine Flüssigsauerstofftherapie?

- ja.....
 nein

Leiden Sie oder litten Sie unter einer Krebserkrankung?

- ja (OP, Chemo, Strahlentherapie)
.....
 nein

Haben Sie eine Neigung zu verlängerten Blutungen (angeborene Gerinnungsstörung, blutverdünnende Medikation)

- ja,
 nein

Hatten Sie schon eine Thrombose oder Lungenembolie?

- ja, wann und wo (welches Bein)?
 nein

Leiden Sie unter Epilepsie (Krampfanfällen), einer anderen neurologischen (Z.n. Schlaganfall, Hirnblutung, Multiple Sklerose, Migräne...) oder psychiatrischen (Depression, Schizophrenie, Essstörung....) Erkrankung?

- ja
 nein

Leiden Sie unter einer chron. infektiösen Erkrankung wie HIV /Aids/Hepatitis C?

- ja,.....
- nein

Haben Sie eine Erkrankung der Augen oder des Gehörsinns?

- ja,.....
- nein

Haben Sie ein Problem mit Ihrem Bewegungsapparat, eine orthopädische Erkrankung?

- ja,.....
- nein

Haben Sie eine urologische Erkrankung (Nierensteine, Blasenschwäche – Inkontinenz, Prostatahyperplasie, rezidivierende Harnwegsinfekte....) oder Erkrankung der Geschlechtsorgane?

- ja,.....
- nein

Sonstige chronische
Erkrankungen.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- ja (bitte Dosis und Einnahmeschema)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- nein

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Abgaben:
Datum/ Unterschrift:

Wir bitten Sie eventuelle Änderungen dieser
Angaben vor jeder zukünftigen Behandlung mitzuteilen.