

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientinnen, liebe Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragbogen nach Möglichkeit vor Ihrem Erst-Termin aus. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen und psychologischen Schweigepflicht und dienen dazu, Ihren Gesundheitszustand zu erfassen und eine nötige Behandlung für Sie individuell zu gestalten.

Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, helfen wir Ihnen gerne.

Persönliche Daten

Titel:..... Name, Vorname:.....

Straße: PLZ und Ort:

Tel.: Geburtsdatum:

Versicherungsnummer: Krankenkasse:

Mailadresse:

Zusatzversicherung: Ja Nein

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Haben Sie Kinder: Ja/Geburtsjahr(e) Nein

Beruf:

Facharzt:

Hausarzt:

Benötigen Sie ein(e) Hörgerät Brille/Kontaktlinsen

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie vermehrt Alkohol? Ja Nein Täglich Ab und zu

Gewicht: Größe:

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv: beruflich in der Freizeit (Sport)

Wie oft in der Woche:Mal/.....Std./Min. insgesamt

Name eines Angehörigen (zur Verständigung im Ernstfall):

Verwandtschaftsverhältnis: Tel.:

Allergien

Pollen: Ja Hausstaubmilben: Ja Gräser: Ja
Nahrungsmittel: Ja Tierhaare: Ja Kontrastmittel: Ja

Nahrungsmittel-Intoleranzen

Lactose: Ja Histamin: Ja Fructose: Ja Gluten: ja

Medikamenten-Unverträglichkeiten

Penicillin: Ja Aspirin: Ja

Sonstige:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche? (Stärke, Dosierung)

	Morgens	Mittags	abends	nachts

Wurden sie schon einmal operiert?

Am Herzen

(z.B. koronarer Bypass): Ja An Gefäßen (z.B. Carotis): Ja Schilddrüse: Ja

Mandeln : Ja Gallenblase: Ja Bauch: Ja Gelenkersatz (Knie, Hüfte): Ja

Wirbelsäule (z.B. Bandscheibe, ...): Ja

Sonstige Operationen: Was: Wo:

Vorerkrankungen bzw. bestehende Erkrankungen

Herz:

Herzklappenerkrankung: Ja Herzinfarkt: Ja Vorhofflimmern: Ja Schlaganfall: Ja

Herzrhythmusstörungen (z.B. Extrasystolie): Ja Bluthochdruck: Ja Asthma bronchiale/COPD: Ja

Zuckerkrankheit

(Diabetes): Ja insulinpflichtig: Ja Fettstoffwechselstörung: Ja

Gichtanfälle: Ja Schilddrüsen (Überfunktion, Unterfunktion): Ja Leber/Galle: Ja

Magen (z.B. Gastritis): Ja Darm (z.B. Reizdarm): Ja Nieren: Ja

Rheumatische Erkrankungen: Ja Migräneschmerzen, Kopfschmerzen: Ja

Lunge (Pneumonie, Infarkt, ..): Ja Infektionserkrankungen (Hepatitis, HIV): Ja

Psychische Probleme

Depression/Angst/Sonstige: Ja Schwindel: Ja Erhöhte Vergesslichkeit: Ja

Erhöhte Tagesmüdigkeit: Ja Infektanfälligkeit: Ja Schlafstörungen: Ja

Befunde vom letzten stationären Aufenthalt bitte mitbringen!

(MRT/CT/Röntgen)

Familien-Anamnese

Krankheiten oder familiäre Belastungen Ihrer Eltern/Geschwister/Kinder

Bluthochdruck: ja Zuckerkrankheit (Diabetes): ja

Frühzeitiger Herzinfarkt (<60 Jahre): ja Sekundenherztod: ja

Frühzeitiger Schlaganfall (<60 Jahre): ja Krebserkrankungen: ja

Psychische Erkrankungen

Depression: ja

Angst: ja

Sonstiges: ja

Ich erkläre mich mit der Befundübermittlung (unverschlüsselt) per E-Mail einverstanden. Ja Nein

Ich bin mit der Übermittlung des Newsletter einverstanden. Ja Nein

Ich erkläre mich bereit, vereinbarte Termine einzuhalten bzw. 2 Tage im Voraus abzusagen. Bei nicht rechtzeitiger Absage werden Termine in Rechnung gestellt.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

Wir werden uns bemühen, Ihre medizinische/psychologische Untersuchung und die Klärung Ihrer Gesundheitseinschränkungen mit großer Sorgfalt durchzuführen.

Ihr Ordinationsteam

Datum, Ort:

Unterschrift des Patienten: