

Patienten Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie bestmöglich behandeln zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen. Daher bitten wir Sie, sich einen Augenblick Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen zu Ihren persönlichen Daten sowie zu Ihrer Krankenvorgeschichte zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Ihre Angaben sind eine wichtige Grundlage für unser anschließendes Gespräch und Ihre persönliche Behandlung.

Name _____ Vorname _____ geb, am _____

Festnetz _____ Mobilnummer _____

Email _____

Mitbehandelnder Facharzt _____

Krankenkasse _____

Körpergröße _____ Körpergewicht _____

1. Operationen?

Nein Ja, welche? _____

2. Sind Sie darüber hinaus stationär in einem Krankenhaus behandelt worden?

Nein Ja, wann? _____ Wo? _____

Art der Erkrankung? _____

3. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| KHK (koronare Herzkrankheit) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Herzrythmusstörung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Chronische Bronchitis/COPD | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Thrombose | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Durchblutungsstörung der Beine PAVK) | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Krampfadern | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Magen-Darm-Erkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Tumorerkrankung | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Depression/Psychosen | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

weitere Erkrankungen: _____

4. Besteht bei Ihnen eine Allergie?

(Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Kontrastmittel, z.B. Penicillin-Allergie)

- Nein Ja, gegen _____

5. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Ja, welche? _____

6. Wann sind Sie zuletzt geimpft worden? Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit.

Jahr: _____

7. Rauchen Sie?

- Nein Ja, seit wann und wie viel? _____

8. Sind bei Ihnen bereits Vorsorge-Untersuchungen/Check-Up-Untersuchungen durchgeführt worden? Wann zuletzt?

Check-UP 35	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
Krebsvorsorge	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____
Bauchaortenaneurysma-Screening	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wann? _____

Datum

Unterschrift

Wie stehen Sie zur Organspende? _____

Verfügen Sie bereits über einen Organspender-Ausweis? Ja Nein

Wenn Sie Informationen zur Organspende bekommen möchten oder einen Organspendeausweis benötigen, sprechen Sie uns gerne an.