

Anamnese

Name Vorname Geb. am
Wohnung des Patienten
Tel./Fax
E-mail
Berufsausgeübt Tätigkeit
Staatsangehörigkeit:
Größe: cm Gewicht: kg

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft aus und ergänzen Sie diese bei Bedarf

Abgelaufene Erkrankungen

- Typhus/Paratyphus/Ruhr
- Tuberkulose (Tbc)
- Grüner Star, Glaukom
- Nase-Nasennebenhöhlenentzündung
- Schilddrüsenerkrankungen
- Lungen-, Rippenfellentzündung oder Bronchitis
- Asthma
- Allergische Reaktionen, wie Heuschnupfen; Unverträglichkeiten von Medikamenten (z.B. Penicillin oder Röntgen-Kontrastmittel)
- Hoher Blutdruck
- Schlaganfall, Lähmungen
- Herzinfarkt oder andere Herzkrankheiten
- Gefäßerkrankungen z.B. Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, offene Beine
- Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür
- Verstopfung, Durchfall, Blutauflagerungen i. Stuhl
- Gelbsucht, Leberkrankheiten
- Gallensteine
- Nieren-, Harnleiter- oder Blasenentzündung
- Nierenbecken- oder Blasensteine
- Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata)
- Schwierigkeiten b. Wasserlassen

- Nächtl. Wasserlassen wenn Ja wie oft? _____
- Geschlechtskrankheiten
- Krankheiten der weibl. Unterleiborgane oder der Brüste
- Unregelmäßige Periode letzte Periode am _____
- Hautkrankheiten
- Nervöse Beschwerden, Nervenzusammenbruch
- Wiederholter Hexenschuss oder Ischiasbeschwerden
- Epilepsie (Krampfanfälle)
- Zuckerkrankheiten (Diabetes)
- Gicht
- Gelenkrheumatismus oder Fieber
- Andere Krankheiten der Gelenke oder d. Wirbelsäule
- Knochenbrüche, Unfälle, Kriegsunfälle
- Blutarmut, Blutkrankheiten
- Krebs (einschl. Brustkrebs)

Impfungen

- Tetanus
- Diphtherie
- Tbc
- Kinderlähmung
- Keuchhusten
- HIB
- FSME
- Hepatitis
- Kombinations-Impfungen
- Mumps/Masern/Röteln
- sonstige _____

Für Frauen

- Nehmen Sie die Pille? _____

Entbindungen:

- Anzahl _____
- Normalgeburt
- Kaiserschnitt
- Saugglocke/Zange
- Sonstige Geburtsschwierigkeiten _____

Kinderkrankheiten

- Diphtherie
- Scharlach
- Masern
- Röteln
- Mumps
- Keuchhusten
- Kinderlähmungen
- Fieberkrampf
- Windpocken

Krankheiten in der Familie

- Herzinfarkt
- Hoher Blutdruck, Schlaganfall
- Übergewicht
- Zuckerkrankheiten (Diabetes)
- Gicht
- Nerven-, Gemüts-, Geisteskrankheiten
- Epilepsie (Krampfanfälle)
- Tuberkulose (Tbc)
- Gallensteine, Nierensteine, Blasensteine
- Krebs (einschl. Brustkrebs)
- Suchtkrankheiten (Alkohol, Medikamente, Drogen)

Reisen:

- Osteuropa
- Mittelmeerländer
- Fernost
- USA/Südamerika
- Sonstiges: _____

Risikofaktoren

- Alkohol was: _____ wie viel: _____
- Nikotin Nein Ja wie viel: _____
- Drogen Nein Ja
- Belastungen am Arbeitsplatz
Lärm
Rauchen/Staub/Abgase
Schicht-/Nachtarbeit
Sonstiges: _____

Behandlungen/Untersuchungen

- Röntgenuntersuchung wann/was?

- Krankenhausaufenthalte & Operationen? wann/weshalb?

- Kur-/Reha-Aufenthalte wann/weshalb?

Ernährungsgewohnheiten

- Mischkost
- Vollwertkost
- Vegetarische oder Lakto-veg. Kost
- Fastfood
- Reine Rohkost
- Sonstiges

- Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel bzw. Unverträglichkeiten?

Sportliche Aktivitäten

was/wie oft

Persönliches/Soziale Situationen

- Haben Sie Schwierigkeiten
 - in der Familie
 - mit Ihrem Partner Ehegatten
 - mit Freunden
 - mit Arbeitskollegen
 - mit Geschäftspartnern
 - mit Nachbarn
- Sind Sie unzufrieden
 - mit Ihrer derzeitigen Tätigkeiten
 - mit dem Beruf
 - mit dem Haushalt
 - mit dem Ruhezustand
 - mit Ihrer derzeitigen Wohnung
 - mit Ihrem Wohnort
- Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft ?

- Besitzen Sie Haustiere (welche)?

- Beruflicher Umgang mit Tieren (welche)?

Vorsorgeuntersuchungen

- Krebsvorsorge Frau _____ wann?
- Krebsvorsorge Mann _____
- Gesundheitsuntersuchung _____
- Hautkrebs – Screening _____
- Präventive Koloskopie _____

Sind Sie an regelmäßigen Erinnerungen der Vorsorgeleistungen interessiert ?

Nein Ja

Auffälliger Befund (Vorsorgeuntersuchung)?

Jetzige Erkrankungen Beschwerden?

Erläutern Sie nachfolgend bitte genau Ihre jetzigen Beschwerden, den Beginn, den Verlauf, die bisher durchgeführte Behandlung und Untersuchungen und nennen Sie die verordneten Medikamente. Welche Diagnosen wurde gestellt, wann und durch wen? Falls möglich, bitte ich Sie Arztberichte, Röntgen/Ct-Aufnahme mitzubringen.

Sonstige wichtige Anmerkungen :

Ort/Datum

Unterschrift des Pat./Versicherten