

Patientenanamnesebogen

| | | |
|-----------|----------|----------------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse: | | |
| Größe: | Gewicht: | Beruf: |
| Datum: | Telefon: | e-mail: |
| Hausarzt: | | Krankenversicherung: |

| Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen: | seit | seit | |
|---|------|----------------------------------|--|
| Diabetes mellitus | | Bluthochdruck | |
| Schilddrüsenerkrankung | | Angina pectoris / Herzerkrankung | |
| Lebererkrankung | | Lungenerkrankung | |
| Nierenerkrankung | | Durchblutungsstörungen | |
| Erhöhte Blutfettwerte | | Krampfadern | |
| Gerinnungsstörung | | Krebserkrankung | |
| Hautkrankheiten | | Magenerkrankung | |

Sonstige Erkrankungen:

Kinderkrankheiten:

| | | | |
|--------|--|-------------|--|
| Röteln | | Diphtherie | |
| Masern | | Keuchhusten | |
| Mumps | | Windpocken | |

Häufige Anginen (Mandelentzündungen):

Beginn der Menarche(Regelblutung)-evtl. Geburten/Jahr,Klimakterium,Menopause:

Bitte wenden!

| | | | | |
|---|-----------|-------------|---|--------------------------------------|
| Sind Sie Raucher? | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> | Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie tägl.? | |
| Trinken Sie Alkohol? | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> | Wenn ja : | <i>täglich?</i> <i>gelegentlich?</i> |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf: | | | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> |
| 1. | | | 2. | |
| 2. | | | 3. | |
| 4. | | | 5. | |
| 6. | | | 7. | |
| Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, listen Sie bitte die Unverträglichkeiten auf: | | | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> |
| 1. | | | 2. | |
| 2. | | | 3. | |
| 4. | | | 5. | |
| Leiden Sie an Allergien? Wenn ja, listen Sie diese Allergien bitte auf: | | | <i>Ja</i> | <i>Nein</i> |
| 1. | | | 2. | |
| 2. | | | 3. | |
| 4. | | | 5. | |
| Welche Operationen wurden bereits durchgeführt? / Krankenhaus-Aufenthalte ? | | | | |
| 1. | | 2. | | |
| 3. | | 4. | | |
| Gibt es in Ihrer Familie folgende Erkrankungen? | | | Wenn ja, bei wem? | |
| 1.Thrombosen / Embolien | | | | |
| 2.Krebserkrankungen | | | | |
| 3.Diabetes | | | | |
| 4.Bluthochdruck / Herzerkrankungen | | | | |
| 5.Rheumatische Erkrankungen | | | | |
| Impfungen: Bitte Impfausweis vorlegen! | | | | |
| 1. | | 2. | | |
| 3. | | 4. | | |
| Aktuelle Beschwerden: | | | | |
| Morgensteifigkeit: <i>Ja / Nein</i> Nächtliche Wirbelsäulenschmerzen: <i>Ja / Nein</i> Gelenkschwellungen: <i>Ja / Nein</i> | | | | |
| weitere: | | | | |
| Sind Sie zur Zeit arbeitsunfähig? | | | <i>Ja</i> | <i>Seit wann?</i> <i>Nein</i> |
| Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchungen der letzten 2 Jahre: | | | | |

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Formular sowie aktuelle Befunde (Labor-, Röntgen-, Krankenhaus- und Kurenlassungsberichte, Facharztbefunde) zu Ihrem Termin mit!