

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen vor Ihrer Konsultation bei Herrn Dr. Grünaug / Frau Dr. Rölleke / Frau Bertram / Frau Dr. Schmölz aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, klären wir diese gerne im persönlichen Gespräch.

Name	_____	Beruf	_____
Vorname	_____	Gewicht	_____
Geburtsdatum	_____	Größe	_____
Straße, Hausnummer	_____		
PLZ, Wohnort	_____		

Wie können wir Sie erreichen?

Festnetz	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Telefonnummer	_____
Handy	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Telefonnummer	_____
E-Mail	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja*	E-Mail Adresse	_____

* Ich bin mit der Kommunikation über die angegebene E-Mail Adresse einverstanden. Mir ist bewusst, dass die mir zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können und übernehme für möglichen Datenmissbrauch die Verantwortung.

Aktuelle Beschwerden / Gründe für Ihren Besuch: _____

Leiden / litten Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen:

Art der Erkrankung	Ja	Nein	seit / mitbehandelnder Arzt / Klinik
Krebserkrankung in der Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzkrankheit / Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kreislauf- / Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutungs- / Thromboseeignung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magenerkrankung / Darmerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leber- und Blasen- / Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma / COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Lungen- und / oder Atemerkkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulen- / Gelenkserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselstörung z. B. Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nervenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hormonstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Anfallsleiden z. B. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Leiden Sie an Allergien (z. B. Heuschnupfen)? Sind Sie allergisch auf bestimmte Medikamente (z. B. Antibiotika wie Penicillin)?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____	Seit? _____
		Wenn ja, welche? _____	Seit? _____
		Wenn ja, welche? _____	Seit? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Sprays ein?

(bitte auch alle Hormonpräparate mit Dosierung angeben, z. B. **die Anti-Baby-Pille** sowie alle pflanzlichen Medikamente und Nahrungsergänzungstoffe wie z. B. Johanniskraut, Mistel, Vitaminpräparate usw.)

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche? _____	Seit? _____
		Dosierung? _____	
		Wenn ja, welche? _____	Seit? _____
		Dosierung? _____	
		Wenn ja, welche? _____	Seit? _____
		Dosierung? _____	

Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wie viel? _____	Seit? _____
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------	-------------

Trinken Sie Alkohol?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, wie viel? _____	Seit? _____
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------	-------------

Sind Erkrankungen (z.B. Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Asthma, Nierenschwäche usw.) in Ihrer Familie bekannt?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche Krankheit? _____	
		Wer? _____	Wann? _____
		Wenn ja, welche Krankheit? _____	
		Wer? _____	Wann? _____
		Wenn ja, welche Krankheit? _____	
		Wer? _____	Wann? _____

Für Frauen im gebärfähigen Alter, könnten Sie schwanger sein?

Nein Ja

Wurden Sie schon einmal operiert? Waren Sie im Krankenhaus?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, welche OP / Krankheit? _____	Wann? _____
		Wenn ja, welche OP / Krankheit? _____	Wann? _____
		Wenn ja, welche OP / Krankheit? _____	Wann? _____
		Wenn ja, welche OP / Krankheit? _____	Wann? _____

Wurde bei Ihnen eine Röntgenuntersuchung durchgeführt?

Nein Ja Wenn ja, wann? _____

Was? _____

Leiden Sie unter Schmerzen?

Nein Ja Wenn ja, wo? _____

Seit? _____

Wo? _____

Seit? _____

Stärke: kaum wenig mittelmäßig ziemlich

stark

Wurden Ihre Schmerzen schon behandelt?

Nein Ja Wenn ja, wie? _____

Wann? _____

Bitte zutreffendes Ankreuzen:

Vegetative Anamnese

Appetit	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert
Durst	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermehrt	<input type="checkbox"/> vermindert
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> öfter nachts
Gewicht	<input type="checkbox"/> konstant	<input type="checkbox"/> Zunahme	<input type="checkbox"/> Abnahme

Sozialanamnese

Betreuung / nächster Angehöriger

Name _____

Telefonnummer _____

Vorname _____

Besitzen Sie eine Patientenverfügung?

Nein Ja

Verfügen Sie über einen Organspende Ausweis?

Nein Ja

Sonstige Ihnen wichtig erscheinende Angaben:

Wie sind Sie auf unser CoMedicum aufmerksam geworden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Suchmaschine (Google etc.) | <input type="checkbox"/> Medien (z.B. Zeitungsartikel) |
| <input type="checkbox"/> Jameda | <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Arzt |
| <input type="checkbox"/> Klinikbewertungen | <input type="checkbox"/> Broschüre, Flyer |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung (durch Familie, Freunde, Bekannte) | <input type="checkbox"/> Doctolib |
| <input type="checkbox"/> Andere medizinische Einrichtung: _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

Sind Sie damit einverstanden, dass wir mit Kollegen/Innen, bei denen Sie in Behandlung sind / waren, zur Optimierung Ihrer Therapie Befunde austauschen und besprechen?

- Nein Ja

Sie können Ihr Einverständnis selbstverständlich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten