

Datenblatt für unsere PatientInnen

Liebe Patientinnen, liebe Patienten! Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen, wenn möglich vor Ihrer Arzt-Konsultation aus. Damit können wir Ihren Gesundheitszustand besser erfassen und die nötige Behandlung für Sie individuell gestalten. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, helfen wir Ihnen gerne.

Angaben zur Person

Nachname	Titel			
Vorname	Geschlecht	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> D
Geburtsdatum _____	Sozialversicherungs-Nr. _____			
Adresse				
Telefonnummer		E-Mail		
Dienstgeber				
Nächster Angehöriger _____				
Tel. Nr. _____				
Adresse _____				
Verwandtschaftsverhältnis _____				
Wer war Ihr bisheriger Hausarzt? _____				
Adresse _____				
Letzte Vorsorge-Untersuchung am _____				

Anlass der Kontaktaufnahme

Allgemeine Angaben (zutreffendes bitte ankreuzen)

Größe (cm)	Gewicht (kg)	BMI
Gewicht	<input type="checkbox"/> zufrieden stellend <input type="checkbox"/> schwankend	<input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Untergewicht
Appetit	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bei Stress mehr essen	<input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> vermindert
Durst	<input type="checkbox"/> normal Flüssigkeitsaufnahme ___l/Tag	<input type="checkbox"/> vermehrt <input type="checkbox"/> vermindert
Wasserlassen	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Erschwert	<input type="checkbox"/> Zu häufig / nachts <input type="checkbox"/> Brennen
Stuhlgang	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Verstopfung	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Wechsel
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Harn Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Keine Inkontinenz
Atmung	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Auswurf
Brustschmerz	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> In Ruhe <input type="checkbox"/> Unter Belastung
Schlaf	<input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Einschlafschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen <input type="checkbox"/> Mit Schlafmittel
Schwindel	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Wie oft _____

Menstruation <input type="checkbox"/> Beginn _____ <input type="checkbox"/> Dauer _____ <input type="checkbox"/> letzte _____ <input type="checkbox"/> Regelmäßig <input type="checkbox"/> Unregelmäßig <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen <input type="checkbox"/> Menopause seit _____	Verhütung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> seit wann _____ Schwangerschaften _____ _____
---	--

Vorerkrankungen bzw. bestehende Erkrankungen

	Seit wann		Seit wann
<input type="checkbox"/> Thrombose		<input type="checkbox"/> Herzkrankheit	
<input type="checkbox"/> Lungenembolie		<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck		<input type="checkbox"/> Vorhofflimmern	
<input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen		<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Krampfadern		<input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Gerinnungsstörung		<input type="checkbox"/> Tuberkulose	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall		<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	
<input type="checkbox"/> Hirnblutung		<input type="checkbox"/> COPD	
<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)		<input type="checkbox"/> Magenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte		<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	
<input type="checkbox"/> Rheumat. Erkrankungen		<input type="checkbox"/> Darmerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Nervenstörungen (Polyneuropathie)		<input type="checkbox"/> Osteoporose	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen / Migräne		<input type="checkbox"/> Fraktur	
<input type="checkbox"/> Schwindel		<input type="checkbox"/> Hautkrankheit	
<input type="checkbox"/> Erhöhte Vergesslichkeit		<input type="checkbox"/> AIDS	
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung		<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheit	
		<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Wurden bisher Operationen bei Ihnen durchgeführt?

	Wann		Wann
<input type="checkbox"/> Mandeln		<input type="checkbox"/> Gelenkersatz (Hüfte, ...)	
<input type="checkbox"/> Blinddarm		<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	
<input type="checkbox"/> Gallenblase		<input type="checkbox"/> Gefäße (Krampfadern)	
<input type="checkbox"/> Schilddrüse		<input type="checkbox"/> Bauch	
<input type="checkbox"/> Bruch (Leiste, Nabel, ...)		<input type="checkbox"/> Herz	
<input type="checkbox"/> Sonstige _____			

Leiden Sie an einem Tumor?

Tumor	Seit wann	Tumor	Seit wann
<input type="checkbox"/> Brustkrebs		<input type="checkbox"/> Darmkrebs	
<input type="checkbox"/> Eierstockkrebs		<input type="checkbox"/> Melanom	
<input type="checkbox"/> Vulvakrebs		<input type="checkbox"/> Sarkom	
<input type="checkbox"/> Zervixkarzinom		<input type="checkbox"/> Prostatakrebs	
<input type="checkbox"/> Harnblasenkarzinom		<input type="checkbox"/> Hirntumor	
<input type="checkbox"/> Andere bösartige Tumore _____		<input type="checkbox"/> Gutartige Tumore _____	

Tumor-Therapien	Wann	Tumor-Therapien	Wann
<input type="checkbox"/> Lymphknotenentfernung		<input type="checkbox"/> Bestrahlung	
<input type="checkbox"/> Chemotherapie		<input type="checkbox"/> Immuntherapie	
<input type="checkbox"/> Hormontherapie		<input type="checkbox"/> Sonstige	

Ödeme (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Besteht bei Ihnen ein Odem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Seit wann besteht bei Ihnen das Odem? _____		
Haben Sie Schmerzen durch das Odem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Bewegungseinschränkungen durch das Odem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie andere Beschwerden durch das Odem? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hatten sie jemals eine Entzündung oder Infektion im Ödemgebiet? Wenn ja, wie oft? wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es in der Familie Odemerkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Letzte stationäre Aufenthalte (Krankenhaus, Reha etc.)
Wann? Wo? Bitte Befunde bzw. Arztbriefe mitbringen

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja			<input type="checkbox"/> Nein
Welche? Wie oft?	morgens	mittags	abends	nachts
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Hausstaubmilben	<input type="checkbox"/> Tierhaare
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Histamin
<input type="checkbox"/> Kontrastmitte	<input type="checkbox"/> Lactose	<input type="checkbox"/> Fructose
<input type="checkbox"/> Medikamente	Wenn ja welche _____	
<input type="checkbox"/> Andere Stoffe	Wenn ja, welche _____	

Andere Risikofaktoren

Rauchen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wieviel pro Tag? _____	Seit wie vielen Jahren? _____	
Alkohol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> 1-2 x pro Woche?	<input type="checkbox"/> Täglich	
Drogen, Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche? _____		

Soziales

Wie ist Ihre Momentane Lebenssituation?	<input type="checkbox"/> Ich lebe alleine <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner <input type="checkbox"/> Verwitwet seit <input type="checkbox"/> Geschieden seit
Wie viele Kinder haben Sie?	
Wie viele Personen wohnen mit Ihnen?	

Erwerbsleben

Wie ist Ihr momentaner Erwerbsstatus?

<input type="checkbox"/> ich arbeite	
Bezeichnung der Tätigkeit:	
<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit Stunden pro Woche _____
<input type="checkbox"/> ich arbeite nicht, weil	
<input type="checkbox"/> arbeitslos seit <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig seit	<input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> in Pension seit

Aktivitäten des täglichen Lebens

Benötigen Sie Hilfe bei der täglichen Versorgung? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist bei Ihnen eine Behinderung anerkannt? Wenn ja, welche? _____ Grad der Behinderung (GdB): _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Familienanamnese

Gibt es erwähnenswerte Krankheiten (z.B. Stoffwechselerkrankung, Tumore, vererbliche Erkrankungen, usw.) bei Ihren Eltern oder Geschwistern? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift