

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

## 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