

Name:

***Handy:**

Vorname:

***Tel.:**

***e-mail:**

Fragen zur Anamnese

Geb.-Datum : _____

Geb.-Ort : _____

Größe: _____ cm // Gewicht: _____ kg

1. Welche Tätigkeit üben bzw. haben Sie ausgeübt? _____
2. Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente ein? nein ja
Wenn ja welche? _____
3. Nehmen Sie sonst regelmäßig Medikamente ein (z.B. Schmerz-, Schlaf-, Herz-, Kreislauf-, Pille)? nein ja
Wenn ja welche und wieviel pro Tag?

4. Wurden Sie bereits einmal operiert (z.B. Blinddarm-, Mandel-, Gallenoperation, Leistenbruchoperation)?
Wenn ja, wo, woran und wann?
a) _____
b) _____
c) _____
d) _____
Ergaben sich bei der Anästhesie (Betäubungsverfahren) Besonderheiten? nein ja
Wenn ja, welche? _____

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

1. Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latex)? nein ja
Wenn ja, welche? _____
2. Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskel-entzündung, Herzrhythmusstörungen)? nein ja
Tragen Sie einen Herzschrittmacher? nein ja

3. Kreislauf- und Gefäßerkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung, Embolie, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck)? nein ja
4. Lungen- und Atemwegserkrankungen (z.B. Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung, Asthma, chronische Bronchitis)? nein ja
5. Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Leberverfettung, Leberverhärtung)? nein ja
6. Nieren- und Harnwegserkrankungen (z.B. Nieren-, Nierenbeckenentzündung, Geschwulst, Nieren-, Blasensteine)? nein ja
7. Erkrankungen des Verdauungstraktes (z.B. Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Magenerkrankungen wie Gastritis, Geschwüre, chronische Darmerkrankungen wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Darmverschluss, Geschwulst)? nein ja
8. Stoffwechselerkrankungen z. B. Zuckererkrankung (Diabetes)? nein ja
9. Schilddrüsenerkrankungen (z.B. Kropf, Über-, Unterfunktion)? nein ja
10. Augenerkrankungen (z.B. grüner Star)? nein ja
11. Nervenleiden (z.B. Epilepsie, Lähmungen)? nein ja
12. Wurden Sie wegen Gemütsleiden (z.B. Depressionen) ärztlich behandelt? nein ja
13. Erkrankungen des Skelettsystems (Wirbelsäulenschäden, Gelenkerkrankung)? nein ja
14. Muskelerkrankungen, -schwäche? nein ja
Gab oder gibt es Muskelerkrankungen Bei Ihren Blutsverwandten? nein ja
15. Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen Anlass. Neigung zum Nasenbluten)? nein ja
16. Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen (z.B. Erkrankungen des Immunsystems, Hauterkrankungen, Hirnhautentzündung, Tumorerkrankungen, Vergiftungen)? nein ja
Wenn ja, bitte nähere Angaben: _____

17. Für Frauen im gebärfähigen Alter:
Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft bestehen? nein ja

Dokumentierte Patientenanamnese

Lebensgewohnheiten: 1. Rauchen Sie regelmäßig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was und wieviel pro Tag? _____ <hr/> 2. Trinken Sie regelmäßig Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, was und wieviel pro Tag? _____ <hr/> <hr/>	3. Treiben Sie regelmäßig Sport? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Sonstige Besonderheiten (z. B. Unfälle, schwere Verletzungen, besondere berufliche Verhältnisse): _____ _____ _____ _____
---	--

- | | |
|---|---|
| Hatten Sie einmal multiresistente Keime (Problemkeime)? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie Kontakt zu einem Menschen mit multiresistenten Keimen? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Wurden Sie im letzten halben Jahr in einem Krankenhaus behandelt? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika eingenommen? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer/in? | nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |

Anschrift vom Hausarzt:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine persönlichen Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

***freiwillige Angaben**

Ort / Datum: _____

Name in Druckschrift: _____

Unterschriften: _____
Unterschrift des Patienten