

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer Konsultation aus. Bei Fragen werden Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name _____ Geburtstag _____

Vorname _____ Tel. privat _____

Straße _____ Tel. Beruf _____

PLZ-Ort _____ E-Mail _____

Beruf _____ Familienstand/Kinder _____

Größe/Gewicht _____ Pflegegrad _____

Schwerbeschädigtenausweis (mit Angabe GdB): _____

Vorsorgevollmacht/Patiententestament vorhanden? _____

Hilfsmittel vorhanden (z.B. Rollator, Gehstütze)? _____

Aktuelle Beschwerden

Vorerkrankungen

| | nein | unbekannt | Ja |
|------------------------------|------|-----------|----|
| Krankenhausaufenthalte | | | |
| Operationen | | | |
| KHK/Herzinfarkt | | | |
| Schlaganfall | | | |
| Diabetes mellitus | | | |
| Bluthochdruck | | | |
| Erhöhte Blutfette | | | |
| Thrombose oder Lungenembolie | | | |
| Lungenkrankheit | | | |
| Magenerkrankung | | | |
| Lebererkrankung, Gelbsucht | | | |
| Nierenerkrankung | | | |
| Krebs | | | |
| Gicht | | | |
| Rheuma | | | |
| Hautkrankheit | | | |
| Psychische Erkrankung | | | |
| Sonstiges | | | |

Allergien/Unverträglichkeiten

| | Nein | Ja |
|---------------------|------|----|
| Medikamente | | |
| Pollen | | |
| Hausstaubmilben | | |
| Tierhaare | | |
| Nahrungsmittel | | |
| Milch-/Fruchtzucker | | |
| Sonstiges | | |

Angaben zur Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister)

| | |
|----------------------------|--|
| Herzinfarkt | |
| Schlaganfall | |
| Krebs | |
| Bluthochdruck | |
| Diabetes | |
| Erhöhte Blutfette | |
| Rheumatische Erkrankung | |
| Psychiatrische Krankheiten | |
| Sonstiges | |

Allgemeine Angaben

| | Nein | Ja – seit wann und wieviel |
|-------------------------------------|------|----------------------------|
| Rauchen Sie? | | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol? | | |
| Appetit? | | |
| Nächtliches Wasserlassen? | | |
| Atemnot bei Belastung? | | |
| Haben Sie viel Stress? | | |
| Treiben Sie Sport? | | |
| Essen Sie frisches Gemüse und Obst? | | |
| Essen Sie regelmäßig Seefisch? | | |
| Essen Sie Fleisch/Wurst? | | |
| Essen Sie Milchprodukte? | | |

Vegetative Anamnese/Veränderungen im letzten halben Jahr?

| | |
|-------------------|--|
| Durst: | normal, vermehrt |
| Appetitlosigkeit: | ja, nein |
| Stuhlgang: | normal, Durchfall, Verstopfung |
| Wasserlassen: | normal, vermehrt, mit Beschwerden, nachts häufiger |
| Nachtschweiß: | ja, nein |
| Gewicht: | konstant, Zunahme, Abnahme |
| Fieber: | ja, nein |
| Schlafstörung: | ja, nein |

Schmerzen

| | | |
|--|---------|------|
| | Ja. Wo? | Nein |
| Leiden Sie unter regelmäßigen Schmerzen? | | |

Welche Medikamente nehmen Sie? Bitte fügen Sie Ihren aktuellen Medikamentenplan hinzu.

| | |
|------------------------------------|------------|
| Welche Medikamente nehmen Sie ein? | Häufigkeit |
| | |
| | |
| | |

Für Patientinnen

| | | |
|--------------------------|--|--|
| Geburten | | |
| -Komplikationen | | |
| Verhütung | | |
| Menstruationsbeschwerden | | |

Bei seelischen Beschwerden

| | | |
|--|----|------|
| | Ja | Nein |
| Schlafen Sie gut? | | |
| Haben Sie Freude an Dingen verloren, die Ihnen früher immer Spaß gemacht haben? | | |
| Fühlen Sie sich häufig einsam? | | |
| Leiden Sie unter Konzentrationsstörungen? | | |
| Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Alltagsaufgaben zu bewältigen? | | |
| Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gedanken ständig um die gleichen Probleme kreisen? | | |
| Haben Sie Ängste? | | |

Prophylaxe

| | | |
|---|--|--|
| Besitzen Sie einen Impfausweis? | | |
| Letzter Checkup /Gesundheitsuntersuchung? | | |
| Letzte Darmspiegelung | | |
| Screening Bauchortenaneurysma (Männer) | | |

Dürfen wir Sie regelmäßig an Vorsorge-Maßnahmen, wie Impfungen, Gesundheitsuntersuchung (Checkup) usw. erinnern?

Berlin, den _____ Unterschrift Patient/Patientin _____