

<b>Gemeinschaftspraxis</b> Dipl. med. B. Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	<b>Formular</b>	Version 03	F-3
	<b>Erstanamnesebogen</b>	Stand: 16.10.2018	Seite 1/3

Liebe Patienten,  
 herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen möglichst genau zu beantworten um Sie optimal zu betreuen.  
 Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Für Ihre Mitarbeit vielen Dank im Voraus!

**• Persönliche Daten**

Name, Vorname	derzeitige Tätigkeit
Geburtsdatum, Geburtsort	Pflegegrad
Staatsangehörigkeit	Grad der Behinderung
Straße, Hausnummer	Freizeitaktivitäten (Sport) wie oft pro Woche
PLZ, Wohnort	Größe, Gewicht
Festnetznummer	betreuende Apotheke
Handynummer	
Familienstand	Kinder
erlernter Beruf	

	ja	nein	unsicher	genauere Angaben
<b>Medikamenteneinnahme</b> (auch: Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf-, oder Kopfschmerzmittel, Stimmungsaufheller) <i>(Medikamentenplan?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hormone</b> (wenn ja wann/welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pille</b> (wenn ja wann und welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ernährung</b> (vegetarisch, vegan...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Auslandsaufenthalte in den letzten 12 Monaten</b> (Mittelmeerländer, Asien, Tropen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorsorgen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Gesundheitsuntersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Kinder-/Jugendvorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Krebsvorsorge (Darmspiegelung, ec.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Impfungen</b> <i>(Impfausweis?)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hilfsmittel</b> (z.B. Gehstock, Rollator, Antidekubitusmatratze, Toilettensitzerhöhung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>mitbehandelnde Ärzte</b> (Orthopäde, Augenarzt, Frauenarzt, Neurologe, Chirurg, Herzspezialist, Lungenfacharzt, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vorsorgevollmacht</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn Dokumente vorliegen würden wir uns freuen wenn Sie uns diese zur Einsicht mitbringen könnten.
<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Möchten sie Informationen zur Vorsorgevollmacht/Patientenverfügung dann sprechen Sie uns gerne an.

<b>Gemeinschaftspraxis</b> Dipl. med. Birgit Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	<b>Formular</b>		Version 02	F-3
	<b>Erstanamnesebogen</b>		Stand: 22.05.2017	Seite 2/3

Name, Vorname :

geb. am:

Datum:

• **jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen**

• **Krankenvorgeschichte**

	ja	nein	unsicher	Zutreffendes bitte unterstreichen
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen, Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel, Medikamente, Betäubungs-/Schmerz-/Desinfektionsmittel, Jod, Pflaster, Latex (Gummihandschuhe)
<b>Herz/Kreislauf</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Atemnot bei Anstrengung
<b>Gefäße</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfadern, Thrombose/Embolie, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall, Hämorrhoiden
<b>Blut/Gerinnung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	häufiges Nasen-/Zahnfleischbluten, Neigung zu blauen Flecken, Nachbluten nach Operationen/Verletzungen
<b>Atemwege/Lunge</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	länger dauernde Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Staublunge, Tuberkulose, Lungenblähung, Stimmband-/Zwerchfellähmung, Nasennebenhöhlenentzündung
<b>Leber/Galle</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelbsucht, Leberentzündung, Leberverhärtung, Fettleber, Gallensteine
<b>Nieren/Blase</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erhöhte Nierenwerte, Dialysepflicht, Niere-/Nierenbecken-/Blasenentzündung, Nieren-/Harnleiter-/Blasensteine, Schwierigkeiten beim Wasserlassen, nächtliches Wasserlassen
<b>Speiseröhre/Magen/Darm</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschwür (Magen, Zwölffingerdarm), Engstelle, Verdauungsstörungen (Verstopfung, Durchfall), Sodbrennen, Refluxkrankheit, Blutbeilagerung zum Stuhl
<b>Geschlechtsorgane</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mann: Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata) Frau: Krankheiten der Gebärmutter, Eierstöcke, Brust, unregelmäßige Periode
<b>Stoffwechsel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)
<b>Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überfunktion, Unterfunktion
<b>Skelettsystem</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gelenkerkrankungen, Rücken-/Bandscheibenbeschwerden, Schulter-Arm-Syndrom
<b>Muskel</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskelschwäche, Muskelerkrankungen
<b>Nerven/Gemüt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfanfälle (Epilepsie), Lähmungen, unruhige Beine (Restless leg Syndrom), chronische Schmerzen, Kopfschmerzen, Depressionen, Psychosen, Nervenzusammenbruch
<b>Augen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grüner Star, grauer Star
<b>Ohren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerhörigkeit, Hörgerät
<b>Haut</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurodermitis, offene Beine
<b>Infektionskrankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typhus, Paratyphus, Ruhr, Syphilis, Tripper
<b>Krebs, Blutkrankheiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Weitere</b>				

