

Gemeinschaftspraxis Dipl. med. B. Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	Formular	Version 01	F-3
	Erstanamnesebogen	Stand: 23.05.2013	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

 Geburtsdatum, Geburtsort

 Staatsangehörigkeit

 Straße, Hausnummer

 PLZ, Wohnort

 Festnetznummer

 Handynummer

 Familienstand

 Kinder

 erlernter Beruf

 derzeitige Tätigkeit

 Pflegestufe

 Grad der Behinderung

 Freizeitaktivitäten (Sport) wie oft pro Woche

 Größe, Gewicht

 betreuende Apotheke

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

Gemeinschaftspraxis Dipl. med. Birgit Werth Dr. med. U. Klug Pasewalk	Formular		Version 01	F-3
	Erstanamnesebogen		Stand: 23.05.2013	Seite 2/3

Name, Vorname :

geb. am:

Datum:

• jetzige Beschwerden, Gesundheitsstörungen

• **Krankenvorgeschichte**

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

