

## • Anamnesefragebogen

Herrn/Frau, Vorname, Name: .....

Geb.Datum: ..... Telefon (privat): .....

Tel. (dienstlich): ..... E-Mail: .....

Adresse: .....

Beruf/Arbeitgeber: .....

Versicherung/Krankenkasse: .....

Hausarzt: .....

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand möglichst sorgfältig, damit wir möglichen Risiken vorbeugen können!

Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt.

### Herz-/ Kreislauferkrankungen:

- |                           |   |                          |   |
|---------------------------|---|--------------------------|---|
| Bluthochdruck             | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Diabetes/Zuckerkrankheit | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzklappenfehler/OP/     |   | Drogenabhängigkeit       | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzschritmacher          | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Nierenerkrankungen       | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Koronare Herzkrankheit    | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Lebererkrankungen        | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Stoffwechselerkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Asthma/Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                          |   |
| Blutgerinnungsstörungen   | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                          |   |

### Infektiöse Erkrankungen:

- |           |   |             |   |
|-----------|---|-------------|---|
| AIDS      | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Tuberkulose | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Hepatitis | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |             |   |

### Allergien bzw. Unverträglichkeiten:

- |                          |   |                |   |
|--------------------------|---|----------------|---|
| Lokalanästhesie/Spritzen | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Nahrungsmittel | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Antibiotika              | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Metalle        | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Schmerzmittel            | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Latex          | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Soja                     | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |                |   |

- Bauchoperationen  ja  nein Sonstige: .....
- Sonstige Erkrankungen  ja  nein Wenn ja, welche .....
- Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein Wenn ja, welcher Monat? .....
- Gibt es Krebserkrankungen in der Familie?  ja  nein Wenn ja, welche? .....
- Wurden Sie schon endoskopiert?  ja  nein Wenn ja, wann/wo? .....

Fortsetzung siehe Rückseite

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit? (Marcumar, ASS, Plavix, Iscover, Pille, Bluthochdruckmittel, Asthma, Diabetes etc.)

.....  
 .....

Gab es Unverträglichkeitsreaktionen bei Operationen?

Wenn ja, wann/wie/wo? .....

Besteht/Bestand bei Ihnen eine Krebserkrankung?

Wenn ja, wann/wo? .....

Körpergewicht in kg: .....

Körpergröße in cm: .....

**Ich leide unter:**

- Schluckstörungen  ja  nein
- Bauchschmerzen  ja  nein
- Blähungen  ja  nein
- Durchfällen  ja  nein
- Verstopfung  ja  nein
- Blutungen  ja  nein
- Stuhlunregelmäßigkeiten  ja  nein
- Appetitlosigkeit  ja  nein
- Gewichtsab-/zunahme  ja  nein

**Sonstige Beschwerden:**

- Herz/Kreislauf  ja  nein
- Atemwege  ja  nein
- Bewegungsapparat  ja  nein
- Schlafstörungen  ja  nein
- Schnarchen  ja  nein
- Ohnmachtsanfälle  ja  nein

Rauchen Sie?  ja  nein

Wenn ja, bitte Mengenangabe pro Tag: .....

Trinken Sie Alkohol?  ja  nein

Wenn ja, bitte Mengenangabe pro Tag: .....

Auslandaufenthalte  ja  nein

Wenn ja: wo, besonders Tropenaufenthalte? ...

Ich bin beschwerdefrei  ja  nein

.....

Sonstige Beschwerden – Beschreiben Sie mit Ihren eigenen Worten Ihre Beschwerden:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

Wann haben die Beschwerden erstmals begonnen? Was führt zu einer Verschlechterung, was zu einer Verbesserung der Beschwerden ?

.....

.....

.....

.....

Was ist Ihrer Meinung nach die Ursache der Beschwerden?

.....

.....

Wodurch oder durch wen sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden (Kollegen/Freunde/Verwandte/Arzt/Internet, ...)?

.....

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten sowie dem Berichtversand per Fax einverstanden.

Ich möchte über relevante Gesundheitsthemen per Post oder E-Mail informiert werden.  
(Falls Sie dies nicht wünschen, bitte diesen Satz einfach durchstreichen)

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Zusätzlich verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen.

Geesthacht, den ..... Unterschrift: .....