

PATIENTENANAMNESE



Name:

Vorname:

Tel.*:

e-mail*:

Fragen zur Anamnese

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Größe (in cm):

Gewicht (in 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)?

nein ja

Wenn ja, wo, woran und wann?

5. Ergaben sich bei der Anästhesie (Betäubungsverfahren) Besonderheiten?

nein ja

Wenn ja, welche?

6. Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten?

6.1 Allergien/Überempfindlichkeitsreaktionen

(z.B. Heuschnupfen, Überempfindlichkeit gegen Nahrungsmittel, Medikamente, Pflaster, Latex)

nein ja

Wenn ja, welche?

6.2 Herzerkrankungen

(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen)

nein ja

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

nein ja

6.3 Kreislauf- und Gefäßerkrankungen

(z.B. Durchblutungsstörungen, Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung, Embolie, hoher od. niedriger Blutdruck)

nein ja

6.4 Lungen- und Atemwegserkrankungen

(z.B. Tuberkulose, Staublunge, Lungenentzündung, Lungenblähung, Asthma, chronische Bronchitis)

nein ja

6.5 Lebererkrankungen

(z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Leberverfettung, Leberverhärtung)

nein ja

6.6 Nieren- und Harnwegserkrankungen

(z.B. Nieren-, Nierenbeckenentzündung, Geschwulst, Nieren-, Blasensteine)

nein ja

6.7 Erkrankungen des Verdauungstraktes

(z.B. Bauchspeicheldrüsenentzündung, Gallensteine, Magenerkrankungen wie Gastritis, Geschwüre, chronische Darmerkrankungen wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Darmverschluss, Geschwulst)

nein ja

6.8 Stoffwechselerkrankungen

z. B. Zuckererkrankung (Diabetes)

nein ja

6.9 Schilddrüsenerkrankungen

(z.B. Kropf, Über-, Unterfunktion)

nein ja

6.10 Augenerkrankungen

(z.B. grüner Star)

nein ja

6.11 Nervenleiden

(z.B. Epilepsie, Lähmungen)

nein ja

6.12 Wurden Sie wegen Gemütsleiden (z.B. Depressionen) ärztlich behandelt?

nein ja

6.13 Erkrankungen des Skelettsystems

(Wirbelsäulenschäden, Gelenkserkrankung)

nein ja

6.14 Muskelerkrankungen, -schwäche

nein ja

Gab oder gibt es Muskelerkrankungen Bei Ihren Blutsverwandten?

nein ja

6.15 Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung

(entstehen blaue Flecken auch ohne besonderen

Anlass. Neigung zum Nasenbluten)

nein ja

6.16 Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen

(z.B. Erkrankungen des Immunsystems, Hauterkrankungen,
Hirnhautentzündung, Tumorerkrankungen, Vergiftungen)

nein ja

Wenn ja, bitte nähere Angaben:

6.17 Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnte zur Zeit eine Schwangerschaft
bestehen? nein ja

LEBENSGEWOHNHEITEN:

7.1 Rauchen Sie regelmäßig?

nein ja

Wenn ja, was und wieviel pro Tag?

7.2 Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

nein ja

Wenn ja, was und wieviel pro Tag?

7.3 Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja

SONSTIGE BESONDERHEITEN:

(z. B. Unfälle, schwere Verletzungen, besondere
berufliche Verhältnisse)

8.1 Hatten Sie einmal multiresistente Keime (Problemkeime)?

nein ja

8.2 Hatten Sie Kontakt zu einem Menschen mit multiresistenten Keimen?

nein ja

8.3 Wurden Sie im letzten halben Jahr in einem Krankenhaus behandelt?

nein ja

8.4 Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika eingenommen?

nein ja

8.5 Haben Sie einen gesetzlichen Betreuer/in?

nein ja

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.

Ort / Datum:

Name in Druckschrift:

Unterschrift des Patienten