



Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich, dass Sie in meine Praxis gekommen sind. Gerne berate ich Sie in allen Gesundheitsfragen und helfe Ihnen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Da ich immer die körperlichen und seelischen Aspekte, sowie Ihr Lebensumfeld berücksichtige, bitte ich Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Sie sind nicht gezwungen, den Fragebogen auszufüllen. Allerdings wäre eine möglichst vollständige Ausfüllung sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Später wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen geben Sie bitte am Empfang ab.

Natürlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben!

ANAMNESEBOGEN

(Buchstaben in Klammern sind organisatorische interne Anmerkungen)

NAME: _____ VORNAME: _____ GEB: _____

TEL: _____ MOBIL: _____ E-MAIL: _____

STRASSE-NR: _____ PLZ-ORT: _____

KRANKENKASSE: _____ Beihilfe nein ja

- Ich werde bereits im Therapeutikum behandelt von: (Überweiser bitte unterstreichen)
 Dr. Tank, Frau Ebsen, Frau Rohde, Frau Stark, Frau Matheja-Schroeder, Herrn Schroeder
- Ich bin das erste Mal im Therapeutikum, ggf. auf Empfehlung von: _____
- Ich möchte von einem Recall-System (z.B. Erinnerung an Impftermine, Vorsorgen, etc.) profitieren.
- Ich möchte Frau Dr. Deinert als Primärärztin bei meiner Krankenkasse angeben (bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie sich im Verlauf der gemeinsamen Arbeit dazu entscheiden, damit wir Sie z.B. über Vertretungen informieren können)

1. Was ist der Grund Ihrer Vorstellung, was erwarten Sie von dem Termin (NA)?

- Ich wünsche einen Gesundheits-Check-up nein ja
Ich wünsche einen Stressempfindlichkeits-Check nein ja
Ich wünsche eine Beratung zum Leberfasten nein ja

2. Aktuelles Befinden/Beschwerden/Vitalwerte (PAT):

Größe: _____ cm, Gewicht: _____ kg, Bauchumfang: _____ cm, Blutdruck: _____ / _____ mmHg Puls: _____ /min

Antrieb vermehrt vermindert normal Schmerz ja, wo? _____ Stärke (1-10) _____ nein

Appetit vermehrt vermindert normal Durst vermehrt vermindert normal

Stuhlgang Durchfall _____ x /Tag Verstopfung normal _____ x /Tag

Wasserlassen mit Brennen nachts öfter Startschwierigkeiten normal

Monatsblutung schmerzhaft stark keine regelmäßig

Nachtschwitzen vermehrt normal Gewicht Zunahme _____ kg Abnahme _____ kg konstant

Mir ist oft kalt / warm ja nein Ich schwitze übermäßig ja nein

Ich habe oft Kopfschmerzen ja nein Ich habe vermehrt Haarausfall ja nein

Ich habe Luftnot/Luftmangel im Liegen beim Treppensteigen bei Aufregung

Sind Allergien bekannt? (ALL) nein ja, _____

Haben Sie eine Herzklappenerkrankung? (CAV) nein ja, _____

Nehmen Sie Gerinnungshemmer ein? (CAV) nein ja, _____

Praxis für ALLGEMEINMEDIZIN im Therapeutikum - Dr. med. Johanna Deinert

<p>3. Berufs- und Lebenssituation:</p> <p>Sie sind <input type="radio"/> Schüler/Student <input type="radio"/> Hausfrau <input type="radio"/> Rentner <input type="radio"/> berufstätig als _____</p> <p>Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____</p> <p>Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, _____ Prozent</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: _____ x Sohn/ _____ x Tochter Geburtsjahr(e) _____</p> <p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, _____ Zigaretten am Tag</p> <p>Trinken Sie Alkohol? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig</p> <p>Benötigen Sie ein(e) <input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Brille/Kontaktlinsen</p> <p>Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv: <input type="radio"/> beruflich <input type="radio"/> in Ihrer Freizeit (Sport)</p> <p>Wie oft in der Woche: _____ Mal / _____ Std./Min. insgesamt</p>	<p>4. Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt? Wenn ja, bei wem?</p> <p>Bluthochdruck <input type="radio"/> ja Herzinfarkt <input type="radio"/> ja Herzkrankheit <input type="radio"/> ja Zuckerkrankheit <input type="radio"/> ja Schlaganfall <input type="radio"/> ja Darmkrebs <input type="radio"/> ja Brustkrebs <input type="radio"/> ja Krebs, sonst. <input type="radio"/> ja welche Art?</p>																																								
<p>5. Welche Vorerkrankungen sind bei Ihnen bekannt (DD)?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Schwindelanfälle <input type="radio"/> ja</td> <td style="width: 33%;">Magenerkrankungen <input type="radio"/> ja</td> <td style="width: 33%;">Keine <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Blutungsneigung <input type="radio"/> ja</td> <td>Gicht <input type="radio"/> ja</td> <td>Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Bluthochdruck <input type="radio"/> ja</td> <td>Nierenerkrankung <input type="radio"/> ja</td> <td>Hautkrankheit <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Cholesterin zu hoch <input type="radio"/> ja</td> <td>Lebererkrankung <input type="radio"/> ja</td> <td>Asthma/chron. Bronchitis <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Herzinfarkt <input type="radio"/> ja</td> <td>Darmerkrankungen <input type="radio"/> ja</td> <td>Rheuma <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Herzkrankheit <input type="radio"/> ja</td> <td>Anfallsleiden <input type="radio"/> ja</td> <td>Allergien <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Schlaganfall <input type="radio"/> ja</td> <td>Psychische Erkrankung <input type="radio"/> ja</td> <td>Welche Art? _____</td> </tr> <tr> <td>Diabetes <input type="radio"/> ja</td> <td>Krebs <input type="radio"/> ja</td> <td>Infektionen <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Welche? _____</td> <td>Welche? _____</td> </tr> </table>	Schwindelanfälle <input type="radio"/> ja	Magenerkrankungen <input type="radio"/> ja	Keine <input type="radio"/> ja	Blutungsneigung <input type="radio"/> ja	Gicht <input type="radio"/> ja	Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> ja	Bluthochdruck <input type="radio"/> ja	Nierenerkrankung <input type="radio"/> ja	Hautkrankheit <input type="radio"/> ja	Cholesterin zu hoch <input type="radio"/> ja	Lebererkrankung <input type="radio"/> ja	Asthma/chron. Bronchitis <input type="radio"/> ja	Herzinfarkt <input type="radio"/> ja	Darmerkrankungen <input type="radio"/> ja	Rheuma <input type="radio"/> ja	Herzkrankheit <input type="radio"/> ja	Anfallsleiden <input type="radio"/> ja	Allergien <input type="radio"/> ja	Schlaganfall <input type="radio"/> ja	Psychische Erkrankung <input type="radio"/> ja	Welche Art? _____	Diabetes <input type="radio"/> ja	Krebs <input type="radio"/> ja	Infektionen <input type="radio"/> ja		Welche? _____	Welche? _____	<p>7. In welcher fachärztl. Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?</p> <p>Lungenarzt <input type="radio"/></p> <p>Orthopäde <input type="radio"/></p> <p>Gynäkologe <input type="radio"/></p> <p>Urologe <input type="radio"/></p> <p>Kardiologe <input type="radio"/></p> <p>Neurologe <input type="radio"/></p> <p>Sonstiges: _____</p>													
Schwindelanfälle <input type="radio"/> ja	Magenerkrankungen <input type="radio"/> ja	Keine <input type="radio"/> ja																																							
Blutungsneigung <input type="radio"/> ja	Gicht <input type="radio"/> ja	Schilddrüsenerkrankung <input type="radio"/> ja																																							
Bluthochdruck <input type="radio"/> ja	Nierenerkrankung <input type="radio"/> ja	Hautkrankheit <input type="radio"/> ja																																							
Cholesterin zu hoch <input type="radio"/> ja	Lebererkrankung <input type="radio"/> ja	Asthma/chron. Bronchitis <input type="radio"/> ja																																							
Herzinfarkt <input type="radio"/> ja	Darmerkrankungen <input type="radio"/> ja	Rheuma <input type="radio"/> ja																																							
Herzkrankheit <input type="radio"/> ja	Anfallsleiden <input type="radio"/> ja	Allergien <input type="radio"/> ja																																							
Schlaganfall <input type="radio"/> ja	Psychische Erkrankung <input type="radio"/> ja	Welche Art? _____																																							
Diabetes <input type="radio"/> ja	Krebs <input type="radio"/> ja	Infektionen <input type="radio"/> ja																																							
	Welche? _____	Welche? _____																																							
<p>6. Welche Operationen hatten Sie?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Keine <input type="radio"/> ja</td> <td style="width: 50%;">Mandeln-OP <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Herz-OP <input type="radio"/> ja</td> <td>Schilddrüsen-OP <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Brust-OP <input type="radio"/> ja</td> <td>Blinddarm-OP <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Gefäß-OP <input type="radio"/> ja</td> <td>Gallenblasen-OP <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Gebärmutter-OP <input type="radio"/> ja</td> <td>Bruch-OP <input type="radio"/> ja</td> </tr> <tr> <td>Krebs-OP <input type="radio"/> ja</td> <td>Sonstige Operationen: _____</td> </tr> <tr> <td>Welche: _____</td> <td></td> </tr> </table>		Keine <input type="radio"/> ja	Mandeln-OP <input type="radio"/> ja	Herz-OP <input type="radio"/> ja	Schilddrüsen-OP <input type="radio"/> ja	Brust-OP <input type="radio"/> ja	Blinddarm-OP <input type="radio"/> ja	Gefäß-OP <input type="radio"/> ja	Gallenblasen-OP <input type="radio"/> ja	Gebärmutter-OP <input type="radio"/> ja	Bruch-OP <input type="radio"/> ja	Krebs-OP <input type="radio"/> ja	Sonstige Operationen: _____	Welche: _____		<p>8. Wer hat Sie zuvor hausärztlich betreut (BM)? _____</p> <p>Bitte geben Sie Befunde der letzten Laboruntersuchung und andere Berichte am Empfang zum Scannen ab. (PA)</p>																									
Keine <input type="radio"/> ja	Mandeln-OP <input type="radio"/> ja																																								
Herz-OP <input type="radio"/> ja	Schilddrüsen-OP <input type="radio"/> ja																																								
Brust-OP <input type="radio"/> ja	Blinddarm-OP <input type="radio"/> ja																																								
Gefäß-OP <input type="radio"/> ja	Gallenblasen-OP <input type="radio"/> ja																																								
Gebärmutter-OP <input type="radio"/> ja	Bruch-OP <input type="radio"/> ja																																								
Krebs-OP <input type="radio"/> ja	Sonstige Operationen: _____																																								
Welche: _____																																									
<p>9. Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungen nehmen Sie ein (DM)? Ggf. fügen Sie bitte ein Blatt hinzu.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Medikament (Dosis/Hersteller)</th> <th style="width: 10%;">Morgens</th> <th style="width: 10%;">Mittags</th> <th style="width: 10%;">Abends</th> <th style="width: 10%;">Zur Nacht</th> <th style="width: 10%;">Wochentage (z.B. Mo+Do)</th> <th style="width: 10%;">Darreichung (Tbl/Kps/Trpf)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>							Medikament (Dosis/Hersteller)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Wochentage (z.B. Mo+Do)	Darreichung (Tbl/Kps/Trpf)																												
Medikament (Dosis/Hersteller)	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Wochentage (z.B. Mo+Do)	Darreichung (Tbl/Kps/Trpf)																																			

Bitte nennen Sie mir einen Notfallkontakt: _____
Telefonnummer
Name und Beziehung (Verwandter/Partner/Freund)

Vielen herzlichen Dank!
Dr.med. Johanna Deinert

Ort/Datum Unterschrift