



DR. MED. BETTINA VON SALMUTH

Fachärztin für Allgemeinmedizin

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie besser kennen zu lernen, benötigen wir für unsere Patientenkartei einige Informationen von Ihnen. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer Person und Ihrer Krankengeschichte – Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxis-Team

NAME:

VORNAME:

GEBURTSDATUM:

STRASSE: PLZ/ORT:

TELEFON: MOBIL:

E-MAIL ADRESSE:

KRANKENKASSE:

BERUF:

FAMILIENSTAND: ledig verheiratet geschieden verwitwet

GRÖSSE: cm GEWICHT: kg

KINDER: (Anzahl)

FÜR UNSERE PATIENTINNEN:

SCHWANGERSCHAFT/EN: (Anzahl) GEBURTEN: (Anzahl)

DAVON FEHLGEBURTEN: (Anzahl)

GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN? Ja Nein

WENN JA, WELCHE?

Um uns vorab ein Bild Ihrer Beschwerden machen zu können, beantworten Sie uns bitte noch folgende Fragen:

I. RISIKOFAKTOREN:

ALKOHOLKONSUM: überhaupt keinen selten regelmäßig täglich

WENN JA, MENGE UND ART: ca. Gläser/Tag

RAUCHEN: Ich habe nie geraucht früher geraucht rauche immer noch

WENN JA, MENGE: ca. am Tag mit Filter ohne Filter

ART: Zigaretten Zigarren Zigarillos Pfeife

ICH RAUCHE SEIT: ICH HABE AUFGEHÖRT:

ANDERE MITTEL: Anabolika Aufputzmittel Drogen Sonstiges:

2. BESTEHENDE KRANKHEITEN

LEIDEN SIE UNTER CHRONISCHEN KRANKHEITEN? Ja Nein

WENN JA, WELCHE?

BLUTDRUCK: hoch niedrig normal

NEHMEN SIE HIERFÜR MEDIKAMENTE? WELCHE?

SCHILDDRÜSE: ÜF UF vergrößert operiert

NEHMEN SIE HIERFÜR MEDIKAMENTE?

BEI OPERATION: WANN UND WO?

OPERATIONEN IN DEN LETZTEN JAHREN? Ja Nein

WENN JA, WELCHE?

KRANKENHAUSAUFENTHALTE? Ja Nein

WENN JA, GRUND UND KLINIK?

LEIDEN SIE UNTER ALLERGIEN UND/ODER UNVERTRÄGLICHKEITEN? Ja Nein

WENN JA, WELCHE?

3. MEDIKAMENTE

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN? Ja Nein

WENN JA, WELCHE? WANN (M-M-A)?

GIBT ES MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEITEN? Ja Nein

WENN JA, WELCHE?

4. WELCHE KINDERKRANKHEITEN HATTEN SIE?

- Masern Mumps Röteln Windpocken Keuchhusten
 Sonstige:

5. GIBT ES SCHWERWIEGENDE KRANKHEITEN IN DER FAMILIE?

- Vater Mutter Geschwister
..... Vater Mutter Geschwister

6. RÖNTGENAUFNAHMEN (IM LETZTEN JAHR)?

- Ja Nein

WENN JA, WELCHES ORGAN?

7. WURDE BEI IHNEN SCHON EIN CHECK AB 35 DURCHGEFÜHRT?

- Ja Nein

WENN JA, WANN ZULETZT?

8. PROSTATA (FÜR UNSERE MÄNNLICHEN PATIENTEN):

WURDE BEI IHNEN BEREITS EINE KREBSVORSORGE DURCHGEFÜHRT? Ja Nein

WENN JA, WANN ZULETZT?

9. IMPFUNG

WURDEN SIE IN DEN LETZTEN 5 JAHREN GEIMPFT? Ja Nein

WENN JA, WELCHE IMPFUNGEN? Tetanus Diphtherie Polio/IPV

FSME/Zecken Hepatitis A Hepatitis B Sonstige:

10. WIE SIND SIE AUF UNS AUFMERKSAM GEWORDEN?

Ein Arzt/eine Praxis hat Sie mir empfohlen:

Durch eine andere medizinische Einrichtung:

Ein Familienmitglied ist bereits Patient(in).

Ein(e) Bekannte(r)/Freund(in)/Nachbar(in) ist Patient(in).

Telefonbuch

Internet

Sonstiges:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben auf Seite 1 bis 4.

Heidelberg, den
(Datum) (Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter)

Herzlichen Dank für die Beantwortung unserer Fragen! Bei Fragen und Wünschen kommen Sie jederzeit gerne auf uns zu.

Ihr Praxis-Team