

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientinnen und Patienten!

Ich bitte Sie vorab um Informationen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe,

Dr. Irmgard Spiegl

Titel _____ Geschlecht: männl. weibl. divers

Vorname: _____

Nachname: _____

Versicherungsnr.: _____ Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____

Krankenkasse: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Beruf: _____

Vertrauensperson: _____

Gibt es eine..? (zutreffendes bitte unterstreichen):

Patientenverfügung Vorsorgevollmacht Erwachsenenvertretung

Allergien/Unverträglichkeiten (Medikamente, Nahrung, Gräser, Pollen, Kontrastmittel, Jod, ..)

NEIN JA _____

Vorname, Name

Fragen zur Familie

Verwandte 1. Grades

- | | | |
|-----------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |
| Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA |

Wenn ja, welche Krebserkrankung: _____

Rauchen

- NIE NICHT MEHR seit wann: _____
- JA ca. _____ Stück/Woche, seit wann: _____

Alkoholkonsum

- NEIN GELEGENTLICH
- JA wieviel und wie oft: _____

Operationen? (Welche, Wann)

- NEIN JA _____
- _____

Leiden Sie an Hypertonie? (Erhöhter Blutdruck)

- NEIN JA

Haben/Hatten Sie eine Herzerkrankung? (Herzinfarkt, Herzrhythmusstörung,...)

- NEIN JA _____

Leiden Sie an Diabetes? (Zuckerkrankheit)

- NEIN
- JA, TYP 1 (in Kindheit/
Jugend aufgetreten) JA, TYP 2 (im Erwachsenenalter
aufgetreten) JA (in der
Schwangerschaft)

Vorname, Name

Haben/Hatten Sie andere Stoffwechselerkrankungen? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Übergewicht, erhöhte Harnsäure und/oder Blutfette, Schilddrüsenerkrankung, Osteoporose

ANDERE _____

Haben/Hatten Sie Darmerkrankungen? (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Reizdarm, Polypen, Divertikel, Magengeschwür) oder Leber/Bauchspeicheldrüsenerkrankung (Fettleber, Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Gallensteine,...)

NEIN JA _____

Leiden Sie an einer Lungenkrankheit?

NEIN

JA, Asthma bronchiale

JA, chron. Bronchitis (COPD)

Ich benötige eine
Sauerstofftherapie

Haben/Hatten Sie eine Krebserkrankung?

NEIN

JA Chemo, OP, Strahlentherapie, Immuntherapie, _____

Hatten Sie jemals eine Thrombose oder Lungeninfarkt?

NEIN

JA wann, Lokalisation: _____

Haben Sie eine Neigung zu verlängerten Blutungen?

(angeborene Gerinnungsstörung, blutverdünnende Medikamente)

NEIN

JA

Haben/Hatten Sie eine neurologische Erkrankung?

NEIN

JA, Migräne

JA, Multiple Sklerose

JA, Epilepsie

JA, Schlaganfall

JA, Hirnblutung

andere: _____

Leiden Sie an einer chronischen infektiösen Erkrankung wie HIV/Aids/Hepatitis?

NEIN

JA _____

