

Dr. med. Rita Bartenstein

Ärztzentrum Seetal 11
Seetalstrasse 11
6032 Emmen
Tel. 041 269 01 30
Email: empfang@aez-seetal11.ch

ÄRZTEZENTRUM SEETALELF

ANAMNESE-FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Für eine erfolgreiche Behandlung durch Ihren Arzt ist die Kenntnis Ihrer Krankengeschichte sehr wichtig.
Bitte beantworten Sie deshalb folgende Fragen so gut wie möglich. Die Angaben sind natürlich freiwillig.
Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen mein Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Wohnort:	Straße, Hausnr.:
Krankenkasse:	Email-Adresse: @
Telefon: /	Handy: /

Hatten Sie eine/mehrere der folgenden Kinderkrankheiten?

Masern	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Röteln	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Windpocken	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Mumps	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>
Scharlach	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	weiß nicht <input type="checkbox"/>

Operationen?

Hatten Sie eine Operation? Wenn ja, welche?

In welchem Jahr?

Vorerkrankungen?

Diabetes mellitus Typ 1	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>	Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris/ Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>
		Mamma - CA	<input type="checkbox"/>
		Prostata - CA	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungstraktes	<input type="checkbox"/>	Verdauungsprobleme	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Rheuma	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	Allergien	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittelunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>		
Hier können Sie die o.g. Erkrankungen näher beschreiben:			
<p>Sonstige Erkrankungen:</p>			
Allergien:			
<p>Medikamentenunverträglichkeit:</p>			

Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Krebs	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
wenn ja, welcher?.....		

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Medikamentenname:		Einnahme:	

Wurde bei Ihnen schon eine Darmspiegelung (Koloskopie) durchgeführt?

Wenn ja, wann und wo und mit welchem Ergebnis:

.....

Besitzen Sie einen Impfpass?

Wenn ja, bringen Sie diesen zu Ihrem nächsten Termin mit. Wir überprüfen Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit.

Wann war der letzte Check-up oder Krebsvorsorgeuntersuchung?

Mit welchem Ergebnis?

.....

Zurzeit bin ich beschwerdefrei

Nein

Ja

Aktuelle Beschwerden:

.....

Besuchen Sie regelmässig einen Facharzt?

Nein

Ja

Wenn ja, welches Fachgebiet und Name des Arztes/ Ärztin?

.....

Hatten Sie in der letzten Zeit einen Unfall?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Körperregion war betroffen und wer war Ihr behandelnder Arzt/ Ärztin?

.....

Beim Mann:

Waren Sie in der letzten Zeit in urologischer Sprechstunde/ Behandlung?

Nein

Ja

Wenn ja, wer war Ihr behandelnder Arzt/ Ärztin?

.....

Bei der Frau:

Waren Sie in der letzten Zeit in gynäkologischer Sprechstunde/ Behandlung?

Nein

Ja

Wenn ja, wer war Ihr behandelnder Arzt/ Ärztin?

.....

Wie gut werten Sie Ihren Schlaf von 1- 10? (1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

.....

Leiden Sie an Ein- und/ oder Durchschlafstörungen?

Nein

Ja

Schnarchen Sie?

Nein

Ja

Rauchen Sie?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viel? _____

Nehmen Sie Drogen?

Nein

Ja

Wenn ja, was und wie oft? _____

Trinken Sie Alkohol?

Nein

Ja

Wenn ja, was und wie oft? _____

Treiben sie regelmässig Sport?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft und welche Sportart? _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Ihr Praxisteam.