

Sehr geehrte/r Frau/Herr

Sie haben sich bei uns erstmalig zur Beratung und Behandlung angemeldet;
vielen Dank für Ihr Vertrauen.

Der folgende Anamnese-Bogen hilft uns einen Überblick über Ihre Krankheitsvorgeschichte
zu erlangen.

Bringen Sie bitte (soweit vorhanden) Ihre derzeitigen Behandlungsunterlagen, die für die Diagnose und
Beratung wichtig sein können, wie zum Beispiel:
medikamentöse Einstellung, Allergie-, Zahnstoffpässe, Röntgenbilder usw. mit.

Da für den Erstuntersuchungstermin ca. 1 Stunde für Sie freigehalten werden, bitten wir Sie, uns
rechtzeitig zu informieren, falls Sie den Termin nicht einhalten können, ansonsten sehen wir uns
gezwungen, Ihnen unseren Zeitaufwand in Rechnung zu stellen.

Ihr Erstuntersuchungstermin ist am um Uhr

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Praxis Wielobinski

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir begrüßen Sie herzlich in unsere Praxis und möchten Sie bitten, die nachfolgende Fragen
zu beantworten. Ihre Antworten unterliegen selbstverständlich den Bestimmungen des Datenschutzes!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Anzahl der Kinder:

Anschrift:

PLZ/ Ort:

Tätigkeit:

E-Mail Adresse:

Krankenkasse Privat /gesetzlich? :

Telefonnr.:

Zusatzversicherung: Ja /Nein

Jetzige, aktuelle Beschwerden und Gesundheitsstörungen:

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten / Leiden?

Bitte zutreffendes ankreuzen!

| | Ja | Nein | Weiß nicht |
|---|----|------|------------|
| Typhus/Paratyphus/Ruhr | | | |
| Syphilis, Tripper | | | |
| Tuberkulose | | | |
| Grüner Star | | | |
| Glaukom | | | |
| Schwierigkeiten beim Wasserlassen | | | |
| Nächtliches Wasserlassen, | | | |
| Nasennebenhöhlenentzündungen | | | |
| wenn ja, wie oft? _____ | | | |
| Schilddrüsenkrankheiten | | | |
| Lungen-, Rippenfellentzündung oder | | | |
| länger dauernde Bronchitis | | | |
| Krankheiten der weiblichen Unterleibsorgane | | | |
| oder der Brüste | | | |
| Unregelmäßige Periode | | | |
| Letzte Periode am _____ | | | |
| | Ja | Nein | Weiß nicht |
| Krankheiten der Vorsteherdrüse (Prostata) | | | |
| Asthma, Heuschnupfen | | | |
| Hautkrankheiten | | | |

Hatten Sie schon eine der folgenden Krankheiten? Ja Nein Weiß nicht
Bitte zutreffendes ankreuzen!

Allergische Reaktionen, wie Unverträglichkeit von
Medikamenten (z.B. Penicillin oder Röntgen-Kontrastmittel)
Nervöse Beschwerden
Nervenzusammenbruch
Schlaganfall, Lähmungen
Herzinfarkt
Hoher Blutdruck
andere Herz- oder Gefäßerkrankungen

Wiederholter Hexenschuß oder Ischiasbeschwerden
Gelenkrheumatismus
Knochenbrüche
Unfälle
andere Orthopädische Erkrankungen

Epilepsie (Krampfanfälle)
Krampfadern
Hämorrhoiden
Thrombose
Offene Beine (Ulcus cruris)
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
Gicht
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür
Verstopfung, wenn ja bitte Stuhlfrequenz / Woche
Durchfall, wenn ja bitte Stuhlfrequenz / Woche
Blutbeilagerungen im Stuhl
Gelbsucht,
Leberkrankheiten
Gallensteine
Bauchspeicheldrüsenerkrankungen
Blutarmut
Blutkrankheiten
Nieren-, Nierenbecken- oder Blasenentzündung
Nieren-, Harnleiter- oder Blasensteine
andere Internistische Erkrankungen

Andere Erkrankungen: Ja Nein Weiß nicht

bösartige Erkrankungen (einschl. Blutkrebs)

Wurden Sie schon operiert?

Wenn ja, woran?

Wurden Sie schon einmal

Radium oder Röntgenstrahlen behandelt?

Wenn ja, woran?

Wann war die letzte Röntgenuntersuchung? _____

| | Ja | Nein | Weiß nicht |
|---|----|-----------|-------------|
| Amalgamfüllungen | | | |
| Goldgußfüllungen | | | |
| Kunststofffüllungen | | | |
| Vollgusskronen | | | |
| Keramikkronen | | | |
| Vollkeramikkronen | | | |
| Sonstige Fragen zu Ihrer Person (Antwort erwünscht, aber nicht Bedingung) | | | |
| Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Mittelmeerländern, in Asien oder in den Tropen? Wenn ja, wo? | | | |
| Fühlen Sie sich häufig einsam? | | | |
| Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente (Abführ-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Kopfschmerzmittel) | | | |
| Haben Sie Schwierigkeiten mit (auch Ihrem Partner, Ehegatten, Freundin, Freund) | | | |
| Haben Sie Schwierigkeiten in der Familie? | | | |
| Wenn ja, welche? | | | |
| <hr/> | | | |
| Sind Sie mit Ihrer derzeitigen Wohnung unzufrieden? | | | |
| Sind Sie mit Ihrer Nachbarschaft unzufrieden? | | | |
| Wie sind ihre Schlafgewohnheiten? (Dauer, Umfeld etc.)? | | | |
| Nehmen oder nahmen Sie die Pille oder sonstige Hormonpräparate? | | | |
| Trinken Sie regelmäßig Alkohol (Bier, Wein, Schnaps)? | | | |
| Haben Sie noch andere Sorgen oder Schwierigkeiten? | | | |
| Meinen Sie, daß Sie in Ihrem Leben zu wenig Erfolg gehabt haben? | | | |
| Haben Sie geraucht? | | | |
| Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)? | | | |
| Wenn ja, wieviele? | | | |
| Machen Sie sich Sorgen um Ihre Zukunft? | | | |
| Nehmen oder nahmen Sie Drogen (Hasch, Speed, LSD, Morphinum oder andere)? | | | |
| Treiben Sie weniger als zweimal wöchentlich Sport? | | | |
| Welche Impfungen haben Sie? | | | |
| Hatten Sie Impfreaktionen? | | | |
| Sonstige Vergiftungen? | | | |
| Nerven-, Gemüts- Geisteskrankheiten? | | | |
| Kriegsverletzungen | | | |
| Fühlen Sie sich in Ihrer Gesundheit beeinträchtigt? | | Ja | Nein |
| durch Lärm (Arbeitsplatz, Freizeit Blasensteine, Nachtruhe) | | | |
| Krebs (einschl. Blutkrebs) | | | |
| durch Staub/Rauch/Abgase | | | |
| Suchtkrankheiten (Alkohol, Arbeitsplatz, Wohnbereich, Medikamente, Drogen) | | | |
| durch Schicht- oder Nachtarbeit (Müdigkeit, „ausgebrannt sein“...) | | | |
