

Patienten-Fragebogen (Anamnese)

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Eigene Telefonnummer: _____

Hausarzt bzw. Überweiser: _____

Sehr geehrte*r Patient*in,
Sie wurden uns zu einer fachärztlichen Untersuchung überwiesen. Dazu sind in unserem Fachgebiet umfangreiche Blut- und Urinanalysen notwendig.

Bei Erstvorstellung daher Blutentnahme und Abgabe einer Urinprobe.

Dringend mitbringen:

- Krankenversichertenkarte, Überweisung
- Medikationsplan oder Medikamentenpackungen
- Labor-, Röntgen- und andere Befunde
- Berichte von Krankenhausaufenthalten und Fachärzten mind. aus den letzten 2 Jahren

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris /KHK	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	Sonstige Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörungen /pAVK	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>	Haut <input type="checkbox"/> / Krampfadern <input type="checkbox"/>	
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)	<input type="checkbox"/>	Augen <input type="checkbox"/> / HNO <input type="checkbox"/>	
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Gelenke / Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>
Neuro (z.B. Apoplex, Parkinson, etc.)	<input type="checkbox"/>	Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Gynäkologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Magen / Darm - Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Urologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen / Bemerkungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente bitte auf /	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	geben Sie uns Ihre Medikamentenliste zum Kopieren <input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, listen Sie die Unverträglichkeiten bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Leiden Sie an Allergien?		Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:	
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?			
Aktuelle Beschwerden / weitere Bemerkungen:			