

Anamneseblatt

Datum:

Hausarzt:

Anrede: Herr Frau

Titel:

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Handynummer:

Straße:

Hausnummer:

PLZ, Ort:

E-Mail:

SVNR:

Krankenkasse:

Was ist das aktuelle Beschwerdebild und wie lange bestehen diese Beschwerden schon?

.....

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkr. | <input type="checkbox"/> Reizdarm |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> grüner Star | <input type="checkbox"/> HIV |

Sonstiges:.....

Treten/Traten in Ihrer Verwandtschaft die folgenden Erkrankungen auf? (**Eltern/Geschwister**)

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen – wenn ja, welche?..... | | | |

Rauchen Sie? Ja Nein

Wenn ja, wie viel? Zigaretten/Tag Wieviel Jahre ?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Wenn ja, wieviel?.....

Treiben Sie Sport? Ja Nein

Wenn ja, welchen wie oft?.....

Sind Sie im „Therapie aktiv“ Programm für Diabetiker? Ja Nein

.....

Wann war Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung? Monat / Jahr ___ / ___

.....

Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche? Ja Nein

.....

Bestehen Allergien? Ja Nein

Welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Medikament	Morgens	Mittags	Abends

Ich bestätige, dass ich den Text verstanden habe und alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Sie erklären sich mit der automationsunterstützten (elektronischen) Verarbeitung Ihrer Daten (einschließlich Gesundheitsdaten) durch Dr. Herbert Dworak, MPH, FA Innere Medizin und dem Imed23 / Schwerpunktordination für Herz, Stoffwechsel, Sport- und Präventionsmedizin, insbesondere zum Zweck der Terminvereinbarung, Verwaltung und Administration einschließlich Verrechnung einverstanden.

Datum:

Unterschrift:.....