

PATIENTENFRAGEBOGEN

zur Anamnese

Hansepraxis Uelzen

Dr. med. S. Teuber

Veerßer Str. 40 Tel 0581 / 973 664 10 info@hansepraxis-uelzen.de
 29525 Uelzen Fax 0581 / 973 664 11 www.hansepraxis-uelzen.de



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 zur optimalen Vorbereitung unseres Erstgespräch bitten wir Sie den unten aufgeführten Fragebogen auszufüllen.

Ihre Praxisteam

PATIENTENDATEN

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail Adresse: _____

Facharzt: _____ Datum: _____

VORERKRANKUNGEN

Herz-Kreislaufferkrankungen

Bluthochdruck Nein Ja

Koronare Herzerkrankung (KHK)? Nein Ja

Herzinfarkt Nein Ja

Haben Sie Stents bekommen (Herz) Nein Ja

Sind Sie Bypass operiert (Herz) Nein Ja

Herzklappenfehler Nein Ja

Hatten Sie schon mal
Herzrhythmusstörungen? Nein Ja

Haben Sie einen Herzschritt-
macher/Defibrillator? Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Stents in den Beinen Nein Ja

Bypass-OP der Beine Nein Ja

Infektiöse Erkrankungen Nein Ja

HIV Nein Ja

Hepatitis Nein Ja

Tuberkulose Nein Ja

Auslandsaufenthalte Nein Ja

(> 3 Monate) Nein Ja

Kinderkrankheiten

Mumps Nein Ja

Masern Nein Ja

Röteln Nein Ja

Windpocken Nein Ja

Keuchhusten Nein Ja

Sonstige Nein Ja

Wenn ja, welche?

Gefäßsystem/ Gerinnungsstörungen

Thrombosen, Lungenembolie Nein Ja

Entzündungen der Gefäße Nein Ja

PATIENTENFRAGEBOGEN

zur Anamnese



HANSEPRAXIS
UELZEN

Lungenerkrankungen

Asthma/ Lungenerkrankungen/COPD Nein Ja

Wenn ja, nutzen Sie Sprays? Nein Ja

Welche?

Schnarchen Sie? Nein Ja

Sauerstoff zuhause: l/min h/Tag

Schlafapnoe bekannt? Nein Ja

Häusliche Beatmung? Nein Ja

Stoffwechselerkrankungen

Fettstoffwechselstörungen Nein Ja

Diabetes/ Zuckererkrankung Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung Nein Ja

Gicht Nein Ja

Erkrankungen der Bauchorgane

Lebererkrankungen Nein Ja

Gallenerkrankungen (Gallensteine) Nein Ja

OP:

Magenerkrankungen z.B. Geschwüre Nein Ja

Darmerkrankungen z.B. Divertikulitis Nein Ja

Bauchoperationen Nein Ja

Nierenerkrankungen

Harninkontinenz Nein Ja

Häufige Harnwegsinfekte Nein Ja

Chronische Nierenschwäche Nein Ja

Nierensteine Nein Ja

Dialyse:

Krebs der Harnblase, Nieren Nein Ja

Prostatavergrößerung Nein Ja

OP:

Nerven- und Gemütskrankungen

Psychische Erkrankungen Nein Ja

Depressionen Nein Ja

Angst- und Panikstörungen Nein Ja

Erkrankungen des
Nervensystems Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Entzündungen des Gehirns/
Nervensystems Nein Ja

Nervenschäden Nein Ja

Epilepsie/Anfallsleiden Nein Ja

Psychosen, Schizophrenie Nein Ja

Migräne Nein Ja

Orthopädische Beschwerden

Wirbelsäulenbeschwerden Nein Ja

Bandscheibenvorfälle Nein Ja

OP:

Wenn ja, wo? Konservativ? Nein Ja

Noch Beschwerden?

Künstliche Gelenke Nein Ja

Rheuma Nein Ja

Gelenkbeschwerden Nein Ja

Schwere Unfälle Nein Ja

Sonstige Erkrankungen Nein Ja

Haut

Hautkrebs Nein Ja

Wenn ja, welche Art?

Neurodermitis Nein Ja

Schuppenflechte (Psoriasis) Nein Ja

Therapie:

PATIENTENFRAGEBOGEN

zur Anamnese



HANSEPRAXIS
UELZEN

Lebensumstände

Rauchen Sie Nein Ja

Trinken Sie Alkohol Nein Ja

Neigen Sie zu

Bauchschmerzen Nie Regelmäßig Gelegentlich

Müdigkeit Nie Regelmäßig Gelegentlich

Erschöpfung Nie Regelmäßig Gelegentlich

Traurigkeit Nie Regelmäßig Gelegentlich

Gedächtnis-
schwäche Nie Regelmäßig Gelegentlich

Obstipation Nie Regelmäßig Gelegentlich

Schwindel Nie Regelmäßig Gelegentlich

Leiden Sie unter
Schlafstörungen Nie Regelmäßig Gelegentlich

Besteht ein Pflegegrad Nein Ja

Größe Gewicht

Vorsorge

Hatten Sie schon eine Nein Ja

Darmspiegelung?

Kontrollpflichtiger Befund? Nein Ja

Urologische Vorsorge Nein Ja

Wenn ja, wann und Wo?

Haben Sie sonstige Beschwerden?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (hier eintragen, wenn Sie keinen Medikamentenplan abgegeben haben):

Für Patientinnen

Frauenärztliche Vorsorge Nein Ja

Besteht eine Schwangerschaft Nein Ja

Nehmen Sie die Pille Nein Ja

Menstruationsbeschwerden Nein Ja

Sozialanamnese

Beruf

Kinder Nein Ja

Haustiere Nein Ja

Allergien/Unverträglichkeiten

Medikamente Nein Ja

Betäubungsmittel/Narkose? Nein Ja

Antibiotika Nein Ja

Schmerzmittel Nein Ja

Soja/Erdnüsse Nein Ja

Hühnereiweiß Nein Ja

Nahrungsmittel Nein Ja

Latex, Pflaster Nein Ja

Sonstige:

Familienanamnese (1. Grades)

Schlaganfall (vor dem 60 LJ) Nein Ja

Plötzlicher Herztod (vor dem 60 LJ) Nein Ja

Herzinfarkt (vor dem 60 LJ) Nein Ja

Darmkrebs Nein Ja

Darmpolypen Nein Ja

Diabetes mellitus Nein Ja

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in