

- Bitte unbedingt alle Seiten ausfüllen! -

Name: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____ Telefon (am besten mobil): _____

Bitte füllen Sie den folgenden Anamnesebogen vor Ihrem Erstvorstellungstermin aus und bringen ihn zum Erstvorstellungstermin mit. Lassen Sie bitte nichts aus. Nur so kann ich ein möglichst vollständiges Bild von Ihrem Gesundheitszustand und Ihnen als Mensch im Gesamtbild bekommen.

Der Bogen ist ausführlich, aber die Vollständigkeit dient am Ende der Sicherstellung Ihrer Versorgung.

Bitte erscheinen Sie nur mit vollständig ausgefülltem Bogen zum Termin. Sollte er nicht vollständig ausgefüllt sein, muss ein neuer Termin vereinbart werden.

Dieser einmalig sehr aufwändige Weg dient am Ende Ihrer Sicherheit.

Bringen Sie zum Termin bitte auch den Impfpass mit!

1.) Allergien Listen Sie bitte alle bekannten Allergien auf (insbesondere Medikamente!):

2.) Medikamente

Listen Sie bitte auf einem extra Blatt alle Medikamente auf, die Sie derzeit einnehmen. Auch solche, die von anderen Fachrichtungen verschrieben werden! Nennen Sie genauen Zeitpunkt der Einnahme (morgens/mittags/abends/zur Nacht) sowie die exakte Dosis.

Führen Sie auch nicht-verschreibungspflichtige Mittel auf, die Sie selbstständig einnehmen! (Z.B. Vitamine, Nahrungsergänzungsmittel, anderes freiverkäufliches)

Sofern Sie einen aktuellen Medikamentenplan haben können Sie stattdessen auch diesen vorlegen.

3.) Persönliche Angaben Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Erlerner Beruf: _____ Aktuelle Tätigkeit: _____

Bei Rentner(inne)n: vor der Rente zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Besteht ein Pflegegrad? [] Ja [] Nein ||| Besteht eine Schwerbehinderung? [] Ja [] Nein

4.) Aktuelle körperliche Belastbarkeit

Können Sie eine beliebige Anzahl an Etagen treppensteigen? [] Ja [] Nein

Wenn Sie Spazieren gehen, kommt es irgendwann in einem Bein zu einem starken Schmerz?
[] Ja [] Nein

5.) Bekannte Erkrankungen

Bitte gehen Sie die folgenden Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie jeweils Ja oder Nein an. Lassen Sie bitte keine Zeile aus!

Herz-Kreislauf, Gefäße	
Durchgemachter Herzinfarkt Wenn ja: Wann? (Jahr) _____	[] Ja [] Nein

- Bitte unbedingt alle Seiten ausfüllen! -

	Herzinsuffizienz ("Herzschwäche") Wenn ja: In welchem Jahr wurde das letzte Mal das Herz mit Ultraschall untersucht? _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Bluthochdruck Wenn ja: Messen Sie regelmäßig daheim?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
	Herzklappenfehler - undichte Klappen (Insuffizienz) - verengte Klappen (Stenose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
	Mechanische (künstliche) Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Biologische Herzklappe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Besteht eine angeborene Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Durchgemachte Herzmuskelentzündung (Myokarditis)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Andere Herzerkrankung, die oben nicht genannt wurde. Wenn ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Haben Sie einen Herzschrittmacher? Wenn ja: Bitte Schrittmacher-Pass vorlegen!	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Hatten Sie jemals eine Herzkatheteruntersuchung? Wurden Sie jemals am Herzen operiert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
	Hatten Sie schonmal einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Gefäßverkalkung (Arteriosklerose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Erweiterte Bauchschlagader (Bauchaortenaneurysma)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Wurde Ihnen jemals ein Stent in ein Gefäß abseits des Herzens eingesetzt? (z.B. Bein)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Lunge			
	Asthma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	COPD	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Mukoviszidose (Cystische Fibrose)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Durchgemachte Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Lungenhochdruck (pulmonale Hypertonie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	- Sarkoidose der Lunge - Lungenfibrose - Sonstige Lungenerkrankung? Wenn ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein
Gerinnungsstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Schilddrüse, Verdauungsorgane			
	"Bluterkrankheit" Wenn ja: Welcher Typ? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Gerinnungsstörungen jedweder Art	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

- Bitte unbedingt alle Seiten ausfüllen! -

Diabetes Wenn ja: Welcher Typ? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gicht? Wenn ja: Wieviele Anfälle bisher? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Langjährig erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsen-Überfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schilddrüsen-Unterfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Stoffwechselerkrankung? Wenn ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Refluxerkrankung (aufsteigende Magensäure) der Speiseröhre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Magenschleimhautentzündung/-geschwür	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Haben Sie schon einmal eine Blutung im Verdauungstrakt gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Nahrungsmittelenverträglichkeiten	
- Fruktose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Lactose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Gluten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	
- Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- mikroskopische Kolitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Reizdarmsyndrom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Ausstülpungen des Darms (Divertikel)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Wann fand die letzte Darmspiegelung statt (falls jemals eine stattfand)? (Jahr) _____	
- Bestehen sonstige Erkrankungen des Verdauungstraktes? Wenn ja: Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leber, Gallenblase, Bauchspeicheldrüse	
- Wurde jemals eine Virushepatitis durchgemacht? (Hepatitis A, B, C, D oder E)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Fettleber	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Leiden oder litten Sie an anderen Lebererkrankungen? Wenn ja – Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden oder litten Sie jemals an einer Erkrankung der Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gallensteine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Erkrankungen der Gallenblase? Wenn ja – Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Niere, neurologische Erkrankungen	
- Chronische Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Akutes Nierenversagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Sonstige Nierenerkrankung? Wenn ja – Welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

- Bitte unbedingt alle Seiten ausfüllen! -

	<ul style="list-style-type: none"> - Hirnblutung - Thrombose der Hirngefäße - Epilepsie - Multiple Sklerose - Parkinson-Erkrankung - Erlitten Sie jemals ein Schädel-Hirn-Trauma? (z.B. nach einem Unfall) - Leiden oder litten Sie an anderen Erkrankungen des Gehirns oder der Nerven? Wenn ja – Welche? 	<ul style="list-style-type: none"> [] Ja [] Ja [] Ja [] Ja [] Ja [] Ja [] Ja 	<ul style="list-style-type: none"> [] Nein [] Nein [] Nein [] Nein [] Nein [] Nein [] Nein
Rheumatologie/Autoimmunerkrankungen			
	<ul style="list-style-type: none"> - Rheumatoide Arthritis ("klassisches Rheuma") - Bechterew-Erkrankung - Lupus-Erkrankung - Entzündliche Gefäßerkrankung (Vaskulitis) Wenn ja: Welche? 	<ul style="list-style-type: none"> [] Ja [] Ja [] Ja [] Ja 	<ul style="list-style-type: none"> [] Nein [] Nein [] Nein [] Nein
	<p>Leiden oder litten Sie an anderen rheumatischen/autoimmunen Erkrankungen? Wenn ja – Welche?</p>	[] Ja	[] Nein
Krebserkrankungen, Anämie			
	<p>Leiden Sie aktuell oder litten Sie jemals an einer Krebserkrankung? Wenn ja: Welche?</p>	[] Ja	[] Nein
	<p>Wann diagnostiziert? (Jahr) _____</p>		
	<p>Leiden oder litten Sie jemals an einer Blutarmut (Anämie)? Wann diagnostiziert? (Jahr)</p>	[] Ja	[] Nein
Hauterkrankungen			
	<ul style="list-style-type: none"> - Neurodermitis - Schuppenflechte (Psoriasis) - chronisches Ekzem - Leiden oder litten Sie an anderen Erkrankungen der Haut? Wenn ja – Welche? 	<ul style="list-style-type: none"> [] Ja [] Ja [] Ja [] Ja 	<ul style="list-style-type: none"> [] Nein [] Nein [] Nein [] Nein
Sonstige Erkrankungen			
	<p>Litten oder leiden Sie an einer sonstigen Erkrankung (z.B.</p>	[] Ja	[] Nein

- Bitte unbedingt alle Seiten ausfüllen! -

Augen, HNO, angeborene genetische Erkrankungen)?	
Bitte auf einem extra Blatt aufführen.	
Operationen	
Bitte listen Sie alle jemals durchgeführten Operationen in chronologischer Reihenfolge auf einem extra Blatt auf. Es reicht eine ungefähre Jahresangabe (ggf. auch nur das Jahrzehnt).	

6.) Durchgemachte Infektionen Hatten Sie jemals ...

Eine sexuell übertragbare Krankheit? [] Ja [] Nein ||| Eine Tropenerkrankung? [] Ja [] Nein
Eine Covid-Infektion durchgemacht? [] Ja [] Nein ||| Long-Covid? [] Ja [] Nein

7.) Fachbetreuung

Gehen Sie regelmäßig zu anderen Fachrichtungen wegen einer bekannten Erkrankung?

Wenn ja: Welche Fachrichtung/en _____

8.) Organspende

Haben Sie jemals ein Organ gespendet oder wurde Ihnen eines gespendet? [] Ja [] Nein

9.) Lebensstil

- Wieviel Alkohol konsumieren Sie regelmäßig in Gläsern pro Woche? _____
- Um welche Art von Alkohol handelt es sich dabei? _____
- Rauchen Sie ... Zigaretten? [] Ja [] Nein ||| E-Zigaretten/Vapes? [] Ja [] Nein
Cannabis? [] Ja [] Nein ||| Andere Substanzen? [] Ja [] Nein

Wie häufig pro Tag? _____ Seit wann schon am Stück (Jahreszahl)? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? [] Ja [] Nein

Welche Art von Sport? _____

Wie häufig in der Woche? [] 1x [] 2x [] >3x oder mehr

Wie lange dauert eine Trainingseinheit in Minuten? =====> _____

Trinken Sie Kaffee? [] Ja [] Nein ||| Wie häufig am Tag? _____ Wieviele Tassen? _____

10.) Vorsorgeuntersuchungen

- Sofern Sie > 50 Jahre sind: Hatten schon einmal eine Darmspiegelung? [] Ja [] Nein

Wenn ja: In welchem Jahr? _____

- Wenn Sie über 35 sind: Wann hatten Sie Ihr letztes Hautkrebsscreening? _____

- Wenn Sie männlich und über 45 sind:

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung? [] Ja [] Nein

(Untersuchung mit Prostata-Tasten)

- Wenn Sie männlich und über 65 sind:

Hatten Sie schonmal eine Ultraschalluntersuchung der Bauchschlagader? [] Ja [] Nein

- Bitte unbedingt alle Seiten ausfüllen! -

Sie befinden sich auf Seite 5 von 5