

Liebe Patientinnen und Patienten,

**um uns die Arbeit zu erleichtern möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.
Wir danken für Ihre Mithilfe.**

I. Allgemeine Angaben

Name, Geburtsname, Vorname (Rufnamen unterstreichen) Geburtsdatum
--

Telefon / Fax

Wohnanschrift (PLZ, Ort Straße, Hausnummer,
--

Geburtsort/ Staatsangehörigkeit

II. Aktuelle Probleme:

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie z.Zt. ?
--

III. Zu Ihrer eigenen Anamnese:

Haben Sie jemals an einer dieser Erkrankungen bzw. an einer Erkrankung der unten aufgeführten Organe gelitten? Bisherige Erkrankungen (mit Zeitangabe/ Angabe des Zeitpunktes der Erstdiagnose		
	Nein	Ja
		Wann
		Art der Krankheit
1. Augen		
2. Hals, Nase, Ohren		
3. Schilddrüse		
4. Lungen		
5. Tuberkulose		
6. Herz, Gefäße		
7. Blutdruck		
8. Gallenblase, Leber		
9. Magen-Darm-Trakt		
10. Nieren, Harnblase		
11. Geschlechtsorgane		
12. Haut		
13. Nerven, Gehirn, Gemüt		
14. Gelenke, Wirbelsäule		
15. Blutkrankheiten		
16. Krebskrankheiten		
17. andere Erkrankungen (Diabetes etc.)		
18. Arbeitsunfall		
19. Operationen		

Erstellt durch: S. Moegling	Geprüft durch QMB: S. Moegling	Freigegeben durch: S. Moegling
Datum: 24.10.2010	Datum: 27.10.21	Datum: 27.10.21
Datenquelle: Anamnesebogen.doc\\Server\mega\QMS\Onkologie-PraxisDr.BaakeD.Leonhardt_Moegling_04\Dokumente\Vorlagen		

Krankenhausaufenthalte

von-bis..... wegen.....

.....

.....

Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten 12 Monaten (Geben Sie dabei Namen, Anschrift und Fachrichtung an)

.....

.....

.....

.....

IV. Sozialanamnese:

Anzahl der Geschwister, (bitte auch Angabe ob Zwilling, Mehrling)

Anzahl der Kinder (bitte auch Alter angeben)

Gibt es in Ihrem beruflichen/ privaten Bereich Umstände, die Sie besonders belasten ?

Derzeitige Stellung im Beruf/ Erwerbsleben:

nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau, Rentner, Vorruhestand)

Auszubildender (z.B. Lehrling/ Praktikant, Volontär, Student)

Angestellter/ Beamter

Selbstständiger

zuletzt ausgeübter Beruf/ Erwerbstätigkeit (möglichst genaue Beschreibung)

.....

Anschrift Arbeitgeber

.....

Anschrift der Krankenkasse

.....

Arbeitszeit und Arbeitsweise

Ganztagsarbeit Teilzeitarbeit Wechselschicht Nachtschicht Akkordarbeit besonderer Zeitdruck

Beanspruchung des Bewegungsapparates (überwiegend)

stehend/ gehend sitzend gebückt/ knieend mit erhobenen Armen Heben von Lasten Klettern & Steigen

Äußere Einflüsse

Kälte, Zugluft, Nässe Hitze Staubentwicklung Rauchentwicklung Gerüche, Gase, Dämpfe Lärm

Beanspruchung der Sinnesorgane

Ständige Konzentration Verantwortung für Personen Bildschirmtätigkeit Anlagensteuerung (Überwachung)

Berufliches Kraftfahren

PKW/ LKW Baumaschinen (Bagger, Kran) Personenbeförderung Gefahrguttransporte

Sonstiges

Publikumsverkehr Reisetätigkeit Erschütterungen/ Vibrationen erhöhte Unfallgefahr

Erstellt durch: S. Moegling	Geprüft durch QMB: S. Moegling	Freigegeben durch: S. Moegling
Datum: 24.10.2010	Datum: 27.10.21	Datum: 27.10.21
Datenquelle: Anamnesebogen.doc\\Server\mega\QMS\Onkologie-PraxisDr.BaakeD.Leonhardt_Moegling_04\Dokumente\Vorlagen		

Welche Behandlungen erfolgten in den letzten 12 Monaten ?

Krankengymnastik Ernährungsberatung/ Diabetikerschulung

Entspannungstherapie Bewegungs-/ Sporttherapie

Psychotherapie Nichtrauchertraining

sonstige:

.....

Sind Sie z.Zt. arbeitsunfähig ?

nein ja seit wegen.....

Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?

nein ja von-bis..... wegen.....

.....

.....

V. Familienanamnese:

Sind bei Ihren lebenden oder verstorbenen Blutsverwandten folgende Erkrankungen aufgetreten ?

	Nein	Ja	Wer?
1. Zuckerkrankheit			
2. Rheuma/ Gicht			
3. Asthma/ Allergien			
4. Bluthochdruck			
5. Nerven- und Gemütsleiden			
6. Hautkrankheiten			
7. Blutkrankheiten			
8. andere Erkrankungen			
9. Krebskrankheiten			

VI. Vegetative Anamnese

Rauchen Sie ? nein ja

Trinken Sie täglich oder fast täglich Alkohol? nein ja Menge

Besteht Schwangerschaft ? nein ja

Regelblutung normal Auffälligkeiten Welche?.....

Stuhlgang normal Auffälligkeiten Welche?.....

Nächtliches Wasserlassen ? nein ja

Wie ist Ihr Schlaf ? normal Auffälligkeiten Welche?.....

Besondere Diäten ? nein ja
Welche?.....

Erstellt durch: S. Moegling	Geprüft durch QMB: S. Moegling	Freigegeben durch: S. Moegling
Datum: 24.10.2010	Datum: 27.10.21	Datum: 27.10.21
Datenquelle: Anamnesebogen.doc\Server\mega\QMS\Onkologie-PraxisDr.BaakeD.Leonhardt_Moegling_04\Dokumente\Vorlagen		

VII. Medikamente

Haben Sie Allergien/ Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten etc. ?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name des Medikaments mit Mengenangabe) ?

.....

.....

.....

VIII. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Behandlung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können bzw. Daten im Falle einer Weiter- oder Mitbehandlung an die entsprechenden Ärzte weitergegeben werden.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Erstellt durch: S. Moegling	Geprüft durch QMB: S. Moegling	Freigegeben durch: S. Moegling
Datum: 24.10.2010	Datum: 27.10.21	Datum: 27.10.21
Datenquelle: Anamnesebogen.doc\\Server\mega\QMS\Onkologie-PraxisDr.BaakeD.Leonhardt_Moegling_04\Dokumente\Vorlagen		