

Liebe Patientinnen und Patienten,

bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen nach Ihren Möglichkeiten vor Ihrem ersten Labor-/Arztbesuch aus.

Aktuelle Beschwerden:

--

Sind folgende Erkrankungen bei Ihnen bekannt?	Ja	Nein	Wenn ja, seit wann?
Zuckererkrankungen (Diabetes)			
Schilddrüsenerkrankungen			
Lebererkrankungen			
Nierenerkrankungen			
Erhöhte Blutfettwerte			
Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht)			
Bluthochdruck			
Engegefühl in der Brust			
Durchblutungsstörung			
Covid 19 Impfung			
Corona Positiv			
Sonstige Erkrankungen:			

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt und in welchem Jahr?	Wurden Gefäßerweiterungen und/oder Operationen durchgeführt?

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?	Ja	Nein	Kreuzen Sie ggf. an:			
Wasseransammlung			Arme	Beine		
Übelkeit						
Erbrechen						
Durchfall						
Luftnot			Bei Belastung	Im Ruhezustand		
Appetit			Verringert	Normal	Vermehrt	
Beschwerden beim Wasserlassen			Verringert	Vermehrt		
Juckreiz der Haut			Arme	Beine	Kopf	Bauch Rücken
Häufiges Wasserlassen in der Nacht			0-1 Mal	1-2 Mal	2-3 Mal	3-4 Mal
Belastbarkeit im Alltag			Gar nicht	Verringert	Normal	Sehr gut
Wie weit ist Ihre Gehstrecke?			10 m	100 m	1000 m	über 1000 m

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?		Wenn ja, welche?
Ja	Nein	

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?		Wenn ja, welche?
Ja	Nein	

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, gegen welche?
Ja	Nein	

Sind innerhalb der Familie folgende Erkrankungen bekannt?	Verwandschaftsgrad:
Bluthochdruck	
Zuckerkrankheiten (Diabetes)	
Nierenerkrankung	

Persönliche Angaben

Vorname: _____ Nachname: _____

Telefonr.: _____ Hausarzt/Überweiser: _____

Größe: _____ Meter Gewicht: _____ kg

Sind Sie verheiratet? Ja Nein

Haben Sie Kinder? Ja Nein Wenn ja, wie viele? _____ Stck.

Sind Ihre Kinder gesund? Ja Nein Welche Erkrankungen? _____

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Stck.

Trinken Sie Alkohol? Gar nicht Gelegentlich Regelmäßig

Welchen Beruf haben Sie zuletzt ausgeübt? _____

Wir danken für Ihre Angaben und weisen Sie darauf hin, dass Ihre Angaben freiwillig sind.

Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. mit dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und werden daher streng vertraulich behandelt. Der Speicherung meiner persönlichen Daten durch die Praxis stimme ich zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutzu“ habe ich erhalten und zur Kenntniss genommen. Neben der Berichterstattung an den überwiesenen Arzt stimme ich auch der Berichterstattung an meinen Hausarzt zu. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen zu informieren. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____