

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			<input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine
Übelkeit			
Erbrechen			
Durchfall			
Luftnot			<input type="checkbox"/> Bei Belastung <input type="checkbox"/> Im Ruhezustand
Appetit			<input type="checkbox"/> Verringert <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Vermehrt
Beschwerden beim Wasserlassen			<input type="checkbox"/> Verringert <input type="checkbox"/> Vermehrt
Juckreiz der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Kopf <input type="checkbox"/> Bauch <input type="checkbox"/> Rücken
Häufiges Wasserlassen in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0-1 Mal <input type="checkbox"/> 1-2 Mal <input type="checkbox"/> 2-3 Mal <input type="checkbox"/> 3-4 Mal
Belastbarkeit im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Verringert <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sehr gut
Wie weit ist Ihre Gehstrecke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10 m <input type="checkbox"/> 100 m <input type="checkbox"/> 1000 m <input type="checkbox"/> über 1000 m

Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein?		Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?		Wenn ja, welche?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten?		Wenn ja, gegen welche?
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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: _____