

Anamnesefragebogen MVZ Volkmarode

Durch das Ausfüllen dieses Fragebogens geben Sie uns wichtige Hinweise über Ihren Gesundheitszustand. Sie ermöglichen uns damit, die Behandlung im Hinblick auf eventuelle Vorerkrankungen individuell auf Sie abzustimmen. Natürlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Beruf: _____

Firma: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Sind Sie verheiratet? ja nein

Haben Sie Kinder? ja nein
Wenn ja, wie viele? _____

Für Patientinnen:

<i>Schwangerschaft normal?</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Geburt(en) normal?</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Monatsblutung</i>	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
<i>schmerzhaft</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Schwangerschaft?</i>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ____ . Woche

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten:

Masern	Mumps	Röteln	Windpocken	Scharlach
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vorerkrankungen:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Harnsäureerhöhung/Gicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rheuma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fettstoffwechselstörung,	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leberentzündung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HIV-positiv/AIDS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sonstige: _____

Operationen: _____

Leiden Sie unter Allergien? (z.B. Medikamente, Tierhaare, Pollen, Metalle) _____

Rauchen Sie? ja nein
Wenn ja, wieviel? _____

Alkohol ? ja nein
Wenn ja, täglich Ab und zu

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

Familienvorgeschichte:

Bluthochdruck ja nein
Herzerkrankung ja nein
Zuckererkrankung ja nein
Lungenerkrankung ja nein
Tumorerkrankung ja nein
Fettstoffwechselstörung ja nein
Sonstige: _____

Ich erkläre hiermit die Richtigkeit der angegebenen Daten und erkläre mich einverstanden, dass Daten oder Befunde meiner Krankengeschichte inklusive Röntgenbilder oder Fotos, deren Kopien oder Ausdrücke für medizinische, rechtliche, sowie Zahlungszwecke anderen Medizinalpersonen, Versicherungen, Inkasso- oder Betriebsstellen mitgeteilt oder auf Anfrage zugestellt werden können.

Braunschweig, den _____ Unterschrift: _____