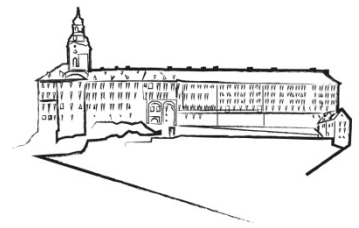


Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Sie optimal und individuell behandeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen wieder bei uns ab. Wir helfen Ihnen gerne bei Fragen und Unklarheiten weiter. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Antwortfelder an:

Gemeinschaftspraxis Rudolstadt
Frau Furcht & Herr Dr. Mortsch
Trommsdorffstr. 10
07407 Rudolstadt
☎ 03672-342006

Frau Beatrice Furcht
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Fachärztin für Arbeitsmedizin
Taucherärztin

Dr. med. Stephan Mortsch
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesie
Leitender Notarzt

Familienname:

Größe:

in cm

Vorname:

Gewicht:

in kg

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Liegen bei Ihnen Allergien vor: nein ja

Genauere Bezeichnung der Allergie (Bsp: Lebensmittel, Heuschnupfen, Medikamente):

Welche Erkrankungen sind seit wann bei Ihnen bekannt?

Bluthochdruck: nein ja

Schlaganfall: nein ja

Zuckerkrankheit: nein ja

Schaufensterkrankheit: nein ja

Krebserkrankungen: nein ja

Cholesterinerhöhung: nein ja

Psychische Erkrankungen: nein ja

Herzerkrankungen / Herzinfarkt: nein ja

Operationen (mit Angabe des OP-Grundes, OP-Jahr / Klinik, Komplikationen):

-
-
-

Beruf (bei Rentner: früherer Beruf):

oder: arbeitslos:

im Haushalt tätig:

Schüler / Student:

Rentner :

Rauchen Sie: nein ja wenn ja, wieviel pro Tag:

Trinken Sie Alkohol: nein ja wenn ja, wieviel pro Tag und was:

Aufgehört mit Rauchen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein:

Medikamentenname	Dosis (in mg)	morgens	mittags	abends	nachts

Gab oder gibt es in Ihrer Familie chronische Erkrankungen?

Diese Informationen sind wichtig, um ihr erbliches Risiko abzuschätzen:

Vater: Geburtsjahr: ggf. verstorben im Alter von Jahren an:

Krankheiten des Vaters:

Mutter: Geburtsjahr: ggf. verstorben im Alter von Jahren an:

Krankheiten der Mutter:

Welche weiteren Erkrankungen oder Todesursachen treten bei Blutsverwandten 1. Grades (Vollgeschwister oder eigene Kinder) auf? Bitte geben Sie die Erkrankungen des betroffenen Familienmitgliedes und dessen Alter an:

Benachrichtigung im Notfall: Name:

Telefonnummer:

Bei Bedarf kontaktieren Sie mich bitte:

Telefon:

Email:

Rudolstadt, den

(Ort, Datum)

(Unterschrift)