



Name:	Geburtsdatum:
--------------	----------------------

Liebe Patientin, lieber Patient,

die nachfolgende Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.

Halten Sie bitte **Impfpass** und wenn vorhanden **Versichertenkarte** auch für das Arztgespräch bereit

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Leiden Sie aktuell unter Beschwerden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche:			
Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, woran?			
	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstige Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> Asthma, chron. Bronchitis <input type="checkbox"/> Lebererkrankung <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/>	Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Angina pectoris/Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfettwerte <input type="checkbox"/> Krampfadern <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäurewerte (Gicht) <input type="checkbox"/>		
	Sonstige Erkrankungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte auf: z.B. Bisoprolol 5 mg 1-0-1			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			
Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche vertragen Sie nicht:			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			
Leiden Sie an Allergien?	Wenn ja, listen Sie diese bitte auf:			
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> </table>			



Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Sind Sie bereits operiert worden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche OPs und wann?
Rauchen Sie? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viel? ___ Zigaretten/ Tag. Raucher seit ___ Jahren
Konsumieren Sie Alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, Wie oft, wieviel und was? Täglich <input type="checkbox"/> 2-3x/Woche <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> 14-tägig <input type="checkbox"/> seltener Typische Menge: _____ Gläser (1 Glas = 1 Kurzer, 0,33l Bier, 0,25 l Wein) Was:
Drogenkonsum Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, was

Haben Sie eine besondere Ernährung Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn Ja, welche? Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Gluten-Frei <input type="checkbox"/> Lactose-frei <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Vegetative Anamnese	Körpergröße: ___ cm Körpergewicht: ___ kg Ungewollter Gewichtsverlust (>6kg) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Extremer Nachtschweiß Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Außer-gewöhnliche Belastungen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, was liegt vor? Beruflicher Stress <input type="checkbox"/> Privater Stress <input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Interessensverlust <input type="checkbox"/> Depressivität <input type="checkbox"/> sonstiges: _____

Sozialanamnese	Beruf (& ggf. vorherige Berufe): _____ Anerkannte Berufskrankheit: Ja <input type="checkbox"/> : _____ Nein <input type="checkbox"/> Familienstand: _____
-----------------------	---



Dr. med. Ulrike Hinrichs
 Jens Schapp MBBS AKC (King's College London)
 FÄ für Allgemeinmedizin

Jann-Berghaus-Str.17, 26802 Moormerland Tel.: 04954-4360

	Kinder: _____ Sportlich aktiv Ja <input type="checkbox"/> und zwar: _____ Nein <input type="checkbox"/>
Familien-anamnese für Verwandte 1. & 2. Grades	Weibl. Verwandte: Herzinfarkte < 65. LJ Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weibl. Verwandte: Krebsleiden < 65. LJ Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> männl. Verwandte: Herzinfarkte < 55. LJ Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> männl. Verwandte: Krebsleiden < 55. LJ Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Vorsorge-untersuchungen	Bisherige Teilnahme an Darmkrebsvorsorge: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zuletzt im Jahr _____ Wenn Ja, welche Form: Stuhluntersuchung <input type="checkbox"/> Spiegelung <input type="checkbox"/> Letzte Krebsvorsorge des Mannes (Prostata) im Jahr _____ Letztes Hautkrebsscreening im Jahr _____ „Aortenscreeneing“ erfolgt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Vorsorge & Pflege	Pflegegrad: ____ Schwerbehinderungsgrad (+ Merkzeichen): ____ Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Organspendeausweis: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Notfallkontakt	Name: _____ Verhältnis: _____ Handynummer: _____