

# MVZ Alte Badeanstalt GmbH

Venloer Str. 40 in 41751 Viersen-Dülken Tel 02162-95380 Fax 02162-953816 Mail mail@mvz-aba.de

Damit wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen können, benötigen wir Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankengeschichte und Ihrer Familiengeschichte. Diese Informationen erfassen wir in einem Anamnesebogen, der alle wesentlichen Fragen beinhaltet

Bitte bringen Sie zum Termin alle Ihnen vorliegenden aktuellen **Befunde** mit.  
Ebenso bitte den **Impfausweis** nicht vergessen

Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_ : Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wer hat Sie zu uns überwiesen: \_\_\_\_\_

Benachrichtigung im Notfall \_\_\_\_\_

Beruf: beschäftigt bei \_\_\_\_\_

Körpergröße (in cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

## Ihre Vorerkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Infarkt/ Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
AIDS	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Blut/Tumorerkrankung*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Allergien gegen? Penicillin    Nein     Ja     Andere    Nein     Ja

\*Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## Familienvorgeschichte

Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Infarkt/ Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Blutgerinnungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechsel	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Krebs*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

\*Wenn ja, welcher? \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen \_\_\_\_\_

## Vegetative Anamnese

Durst            Normal             Vermehrt   
Appetit Normal             Vermehrt             Vermindert   
Stuhlgang    Normal             Vermehrt             Durchfall             Verstopfung   
Wenn Durchfall            Mit Blut             Mit Schleim             Wie oft am Tag? \_\_\_\_\_

# MVZ Alte Badeanstalt GmbH

Venloer Str. 40 in 41751 Viersen-Dülken Tel 02162-95380 Fax 02162-953816 Mail mail@mvz-aba.de

Wasserlassen Normal

Wenn nicht normal, "Brennen"  Nachts öfter als 1 - 2 mal  Vermehrt

Gewicht Konstant

Wenn nicht konstant Zunahme  Abnahme  \_\_\_\_\_ Kilogramm in \_\_\_\_\_ Monaten

Ich schwitze nachts Nein  Ja

Zigaretten Nein  Ja  \*Wenn ja, wie viele am Tag? \_\_\_\_\_

\*Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Alkohol Nein  Ja  \*Wenn ja, Täglich  Ab und zu

\*Was? \_\_\_\_\_

\*Wieviel? \_\_\_\_\_

## Bei Patientinnen:

Schwangerschaften Nein  Ja  Geburten Nein  Ja  Zahl der Kinder \_\_\_\_\_

Antibabypille Nein  Ja  \*Welche? \_\_\_\_\_

Pflegegrad: keine  I  II  III  IV  V

Werden Sie von einem Pflegedienst versorgt ?

Ja  Welcher Pflegedienst ? \_\_\_\_\_

Nein

Besteht eine Patientenverfügung oder / und Vorsorgevollmacht? wenn ja bitte vorlegen

Grad der Schwerbehinderung:

Haben Sie Hilfsmittel? Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Voruntersuchung	behandelnde(r) Ärztin/ Arzt	wann	nicht durchgeführt
Magen <input type="checkbox"/> Darm <input type="checkbox"/> Spiegelung			
Sonographie (Ultraschalluntersuchung)			
Körperliche Untersuchung			
CT-, MRT-, Rö.-Untersuchung			
Gynäkologische Untersuchung			

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein  Ja  (welche bitte umseitig)

Medikament	Wie oft	Seit wann

# MVZ Alte Badeanstalt GmbH

Venloer Str. 40 in 41751 Viersen-Dülken Tel 02162-95380 Fax 02162-953816 Mail mail@mvz-aba.de


## Wo werden Sie aktuell behandelt ? (innerhalb der letzten 12 Monate)

Erkrankung	behandelnde(r) Ärztin/ Arzt	Seit wann

## Notieren Sie bitte alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren:

Krankenhaus	Erkrankung	wann

## Bitte beschreiben Sie ihre aktuellen Beschwerden (Grund Ihrer Vorstellung hier):

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum :

Unterschrift