

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