

# ORDINATION Dr. Sandra Semmelrock

## Anamneseblatt für neue Patientinnen und Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Die folgenden Angaben benötigen wir, um Sie optimal behandeln zu können und Ihre Krankenakte vollständig anzulegen. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an unsere MitarbeiterInnen.

Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz .

NAME/VORNAME \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM \_\_\_\_\_

VERSICHERUNGSNUMMER \_\_\_\_\_ VERSICHERUNG \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER (Handy/Festnetz) \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

KONTAKTPERSON FÜR NOTFÄLLE \_\_\_\_\_

TELEFON \_\_\_\_\_

BISHERIGER HAUSARZT: \_\_\_\_\_

Sonstige behandelnden Fachärzte und Fachärztinnen ( Name/Fachrichtung):  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Berufsanamnese: Welchen Beruf haben/hatten Sie? \_\_\_\_\_

Häusliche Versorgung /Pflegerstufe: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Familienanamnese: Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) ? In welchem Alter ca. traten diese Krankheiten auf?

Tumorerkrankungen (Krebserkrankungen): welche? \_\_\_\_\_

Herzinfarkt

Bluthochdruck

Schlaganfall

Diabetes (Zuckererkrankung)

- Fettstoffwechselstörung
- Thrombosen
- Sonstige \_\_\_\_\_
- Blutungsstörungen (vermehrtes Bluten)
- Lungenembolien

### MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

ERKRANKUNGEN Welche Erkrankungen haben/hatten Sie?

- Neurologie (Kopfschmerzen, Krampfleiden, Schlaganfall, Hirnblutung,....)
- HalsNasenOhrenerkrankung
- Schilddrüse
- Tumorerkrankungen (Krebserkrankungen): welche? \_\_\_\_\_
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Fettstoffwechselstörung
- Thrombosen
- Sonstige \_\_\_\_\_
- Bluthochdruck
- Diabetes (Zuckererkrankung)
- Blutungsstörungen (vermehrtes Bluten)
- Lungenembolien

OPERATIONEN Welche Operationen hatten Sie? In welchem Jahr? In welchem Krankenhaus?

---

---

---

---

ALLERGIEN/ MEDIKAMENTENUNVERTRÄGLICHKEITEN Welche ? Welche Beschwerden hatten Sie dabei?  
WENN Vorhanden bitte ALLERGIEPASS MITNEHMEN!

(Hautausschlag, Schwellungen, Kreislaufprobleme, Schwindel, Kollaps, Herzstillstand, Atemnot, Schluckbeschwerden, Durchfall)

---

---

---

UNTERSUCHUNGEN: \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_ Name Arzt/Ärztin/ Institut/Krankenhaus

Wann hatten Sie die letzte Vorsorgeuntersuchung ?

- Brustkrebsvorsorge, gynäkologische Untersuchung \_\_\_\_\_
- Hautkrebsvorsorge \_\_\_\_\_
- Urologische Untersuchung (Prostata) \_\_\_\_\_

Darmkrebsvorsorge: Magen- Darmspiegelung

---

Augenarzt , \_\_\_\_\_

HNO Arzt, Hörtest \_\_\_\_\_

Zahnarzt \_\_\_\_\_

Lungenfacharzt \_\_\_\_\_

Knochendichtemessung

---

Herzuntersuchung/ Belastungsergometrie

---

Alkoholanamnese: Trinken Sie Alkohol?  nie  ja, wie oft?  täglich  gelegentlich  selten

Raucheranamnese:

Rauchen Sie oder verwenden Sie Nikotinbeutel ?  nein  ja , wieviel am Tag ? \_\_\_\_ seit wann?

IMPFUNGEN:

BITTE BRINGEN SIE BEIM NÄCHSTEN BESUCH IHREN IMPFPASS MIT!

Wir beraten Sie gerne !

BITTE BRINGEN Sie BEIM NÄCHSTEN BESUCH EVENTUELL VORHANDENE ARZTBRIEFE UND BEFUNDE MIT!

## AKUTELLE MEDIKAMENTENLISTE und Einnahmezeitpunkt

(z.b. Thrombo Ass 100 mg 0 1 0 0)

| NAME des MEDIKAMENT ES | DOSIS (z.B. mg) | Morgen | Mittag | Abend | Vorm Schlafen |
|------------------------|-----------------|--------|--------|-------|---------------|
|                        |                 |        |        |       |               |
|                        |                 |        |        |       |               |
|                        |                 |        |        |       |               |
|                        |                 |        |        |       |               |
|                        |                 |        |        |       |               |
|                        |                 |        |        |       |               |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

-  
Medikamente bei Bedarf (z. B. bei Kopfschmerzen) :

---



---

Um auch einmal Ihren Angehörigen Befunde mitzuteilen und private Dokumente auszuhändigen zu dürfen oder um im Ausnahmefall mit Ihnen telefonieren zu dürfen, benötigen wir ein Codewort. Bitte geben Sie wenn Sie dies möchten ein Codewort am Empfang bekannt!

VIELEN LIEBEN DANK FÜR IHRE MÜHE UND IHRE WERTVOLLE ZEIT!

DATUM

ORT

UNTERSCHRIFT PATIENTIN/PATIENT