

Dok.Typ FO	Dok.Referenznummer 12100000-0001	Rev.-Stand Rev 02	Erstellung / Überarbeitung Melissa Giglio	Inhaltliche / Fachliche Prüfung Dr. med. Heinrich Berghaus
QEP 1.2.1	Ziel 1, (Kernziel), Anamnese Fragebogen			

Anamnese-Fragebogen

Veröffentlichung / Freigabe
Dr. med. Heinrich Berghaus

Liebe Patientin, lieber Patient,

Vor der geplanten Untersuchung benötigen wir Informationen über Ihre Krankheitsgeschichte. Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie diesen Bogen ausfüllen.

Fragebogen von Herrn/Frau _____ geb.
am _____

ledig verheiratet _____ Kinder Versicherung/

Krankenkasse: _____

Telefon
(privat) _____ mobil: _____

Beruf: _____ Hausarzt _____

Jetzige Beschwerden oder Grund der Vorstellung:

Wann haben die Beschwerden erstmals begonnen?

Was führt zu einer Verschlechterung, was zu einer Verbesserung der Beschwerden?

Gewicht _____ kg, Größe _____ cm

Gewichtsabnahme: ja nein

Stuhlgang regelmäßig: ja nein

Durchfall: ja nein wie oft/Tag? _____

Blut im Stuhl: ja nein

Erkrankungen:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzklappenfehler/OP	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anfallsleiden (Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma/Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Drogenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bauchoperationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hepatitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Depression	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neinwenn ja, welche? _____		

Allergien bzw. Unverträglichkeiten? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Gibt es Krebserkrankungen in der Familie? ja nein wenn ja, welche? _____

Wurden Sie schon endoskopiert? ja nein wenn ja, wann/wo? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig bzw. zur Zeit?

(Marcumar, ASS, Plavix, Pille.....???)

Wieviele Zigaretten/Tag? _____ Wieviel Alkohol/Tag? _____

Tumorerkrankungen in der Verwandtschaft? _____

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass entsprechende Berichte durchgeführter Untersuchungen an meinen Hausarzt und/ oder entsprechend überweisende Ärzte weitergeleitet werden.

Ich verpflichte mich, über alle Änderungen, die sich während der gesamten Behandlungszeit ergeben, umgehend Mitteilung zu machen. Zusätzlich verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 2 Tage vor dem vereinbarten Termin abzusagen. Mir ist bekannt, dass nicht bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Dortmund, den Unterschrift.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!