



Anamnesebogen

Dr. med. Olivia-Cathleen Kühne

Christine-Petersen-Straße 2
25813 Husum

Tel. 04841 72150

Zur optimalen medizinischen Betreuung bitten wir Sie, den folgenden Bogen möglichst vollständig auszufüllen.

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.

Männlich Weiblich Divers

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

zzt. ausgeübter Beruf: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

E-mail Adresse: _____

Körpergröße: _____ m Gewicht: _____ Kg

Gewichtsveränderungen im letzten Jahr: Ja Nein

> 5 Kg Veränderung Ja Nein

Wohnsituation: alleine mit Partner mit Familie Pflegeeinrichtung Sonstiges: _____

Allergie

Allergie gegen Medikamente: Ja Nein

Wenn Ja, welche?: _____

Allergiepass vorhanden: Ja Nein

Welche Form der Allergie?

Luftnot: Ja Nein

Hautausschlag: Ja Nein

Allergischer Schock: Ja Nein

Notfallpen vorhanden: Ja Nein

Sonstige Allergie: _____

Familienanamnese

Gibt es Vorfahren/Angehörige, die unter 50 Jahren einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder

Krebskrankung erlitten haben?: _____

Wer und was?: _____

Konsumverhalten

Tabakkonsum: Ja Nein

Wenn Ja, wieviel?: _____

Seit wann?: _____

Alkoholkonsum: Ja Nein



Nordsternpraxis

Wenn Ja, wieviel?: _____

Was?: _____

Seit wann?: _____

Drogenkonsum: Ja Nein

Wenn Ja, wieviel?: _____

Was?: _____

Seit wann?: _____

Infektiöse Erkrankungen

Bekannte Infektionen: _____

HIV Ja Nein

Hepatitis Ja Nein

Keime (MRSA, ESBL, andere) Ja Nein

Wenn Ja, welche?: _____

Mitbehandelnde Fachärzte

Diabetologe _____ HNO _____

Gefäßchirurg _____ Orthopäde _____

Pneumologe _____ Chirurg _____

Rheumatologe _____ Neurologe _____

Gynäkologe _____ Urologe _____

Gastroenterologie _____ Onkologe _____

Dermatologe _____ Kardiologe _____

Sonstige: _____

Vorerkrankungen

		Seit Wann?	Bemerkung
Bluthochdruck (Hypertonie)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Stents	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Bypass	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Herzinfarkt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Herzrhythmusstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Schlaganfall/ Gefäßverengung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Herzfehler/ Herzkappenfehler	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____	
Operation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche Klappe: _____	

Fettstoffwechselstörung Ja Nein
Seit Wann? Bemerkung



Diabetes Mellitus	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Therapieform:
Krebskrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Lungenembolie	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Thrombose	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Schildrüsenkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Autoimmunerkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Orthopädische Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Neurologische Erkrankung (MS, Parkinson, Epilepsie, Andere)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche:
Gerinnungsstörungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Blutverdünnung/Antikoagulation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Medikament:
<hr/>		
Schrittmacherversorgung/ ICD	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:
<hr/>		
Gefäßerkrankungen <hr/> (Beine, Aorta)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<hr/>
Asthma	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<hr/>
COPD	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<hr/>
Lebererkrankung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<hr/>
<hr/>		
Psychische Erkrankungen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Welche:
<hr/>		
Schlafstörungen		
Einschlafstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<hr/>
Durchschlafstörung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<hr/>
Andere	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<hr/>
Chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Sonstiges/ Dokumente

Patientenverfügung vorhanden Ja Nein
Vorsorgevollmacht vorhanden Ja Nein
Gesetzliche Betreuung Ja Nein
Wenn Ja, durch wen?: _____
Pflegegrad vorhanden? Ja Nein



Nordsternpraxis

Wenn Ja, welcher?: _____

Operationen

Haben Operationen stattgefunden? Ja Nein

Wenn Ja, welche und wann? _____

Medikamente

Bitte tragen Sie alle regelmäßig genommenen Medikamente ein (auch freiverkäufliche Präparate, Vitamine oder Pflanzliche Mittel)

- Ich nehme keine regelmäßigen Medikamente ein