Medizinisches Versorgungszentrum Hessing

Praxis Hessingstraße

Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserem MVZ. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Name, Vorname Patient:_____ __Geb.datum: _____

Anschrift: _____

Tel. (Privat) …… E-Mail …….

Tel. (Mobil) …….. Beruf ……

Hausarzt (bitte Adresse angeben) ……..

Größe …… Gewicht ……

Rauchen Sie? □ ja / □ nein / □ aufgehört Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____

Treiben Sie Sport? □ ja / □ nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? □ ja / □ nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Kann aktuell eine Schwangerschaft bestehen? □ ja / □ nein **Sind Sie in der Menopause?** □ ja / □ nein

Orthopädische Operationen? □ ja / □ nein Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl):

Allergien / Unverträglichkeiten (Kontrastmittel, z.B. Antibiotika, Schmerzmittel) □ ja / □ nein

wenn ja, welche: _____

_____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? □ ja / □ nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS,

Marcumar),

falls vorhanden geben Sie bitte den aktuellen Medikamentenplan ab:

_____

_____

Medizinisches Versorgungszentrum Hessing
Praxis Hessingstraße

Anamnesebogen für Patientinnen und Patienten
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/ Infektionen?

□ Bluthochdruck □ Thrombose □ Herzinfarkt □ Schlaganfall □ Herzschrittmacher

□ Lebererkrankung □ Nierenerkrankungen □ Asthma / COPD □ Diabetes mellitus □ Osteoporose

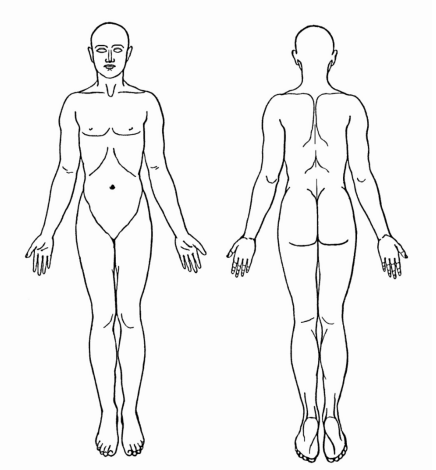
□ Gemütskrankheiten □ Schilddrüsenerkr. □ Magenerkrankungen □ Arthrose □ Epilepsie

□ Krebserkrankungen □ Rheuma □ Gicht □ Bandscheibenvorfall □ Fibromyalgie

□ Schuppenflechte □ Organtransplantation □ Hepatitis □ HIV □ sonstiges:

Schmerzanamnese

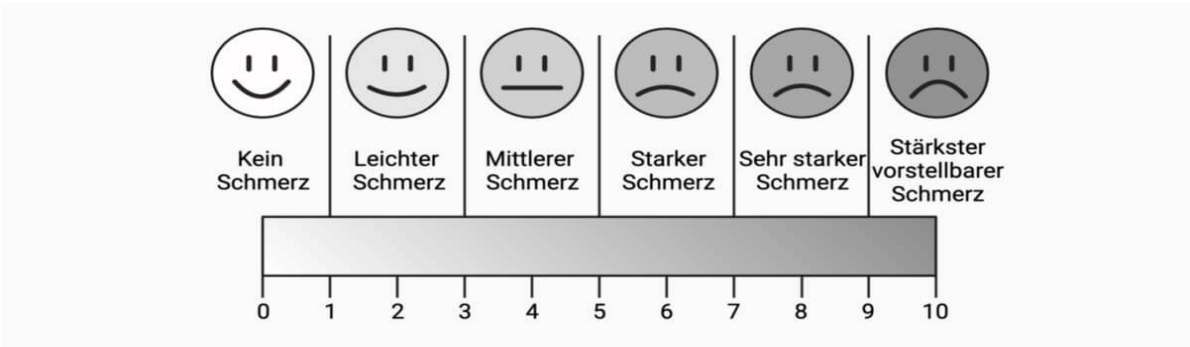
Wo haben sie Schmerzen? Strahlen diese aus? Bitte zeichnen sie dies entsprechend im Körperschema ein.



Wie lange dauern ihre Schmerzen bereits an?

□ < 6 Wochen □ 6-12 Wochen
□ > 12 Wochen

Bitte geben Sie die Schmerzintensität an:



Ort, Datum

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Zur Kenntnis genommen: _____
Datum / Unterschrift behandelnder Arzt