

Anamnesebogen - Erstkontakt

Liebe Patientin, lieber Patient,
um Sie optimal behandeln zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen
möglichst komplett auszufüllen:

(Dear patient,

*In order to treat you optimally, we ask you to complete the following questionnaire as
completely as possible:)*

Vorname

(first name)

Familienname

(family name)

Geburtsdatum

(date of birth)

Staatsangehörigkeit

(nationality)

Familienstand

(marital status)

Beruf

(profession)

Adresse - Strasse/Nr.

(adress - street/number)

Adresse - PLZ/Ort

(adress - zip code/place)

Telefon

(phone)

e-mail

(e-mail)

Größe in cm

(height in cm)

Gewicht in kg

(weight in kg)

Raucher (Zig. pro Tag)

(smoker (cigarettes a day))

Haben Sie Kinder (Anzahl)?

(Do you have children? Number?)

Sport/körperliche Aktivität

(sports/physical activities)

Allergien/Unverträglichkeiten

(allergies/indigestibility)

Regelmäßige Medikamente*(regular medications)* _____**Sind Sie regelmäßig beim
Facharzt in Behandlung? Fachrichtung?***(Do you visit a specialist regularly? discipline?)* _____**Stationäre Krankenhausaufenthalte
in den letzten 5 Jahren? Anlass?***(inpatient hospital stays in the last 5 years?)* _____**Operationen***(surgical operations)* _____**Schwere Erkrankungen
in der Familie (Eltern/Geschwister)***(serious diseases in family -
parents/brothers and sisters)* _____**Haben Sie chronische Erkrankungen bzw. Beschwerden?***(do you have chronic diseases?)*

| | | | |
|---|--|---|--|
| Bluthochdruck <i>(high blood pressure)</i> | Diabetes <i>(diabetes)</i> | Rheuma <i>(rheumatism)</i> | Cholesterin zu hoch <i>(high cholesterol)</i> |
| Magenerkrankungen <i>(gastrointestinal dis.)</i> | Darmerkrankung <i>(bowel disease)</i> | Asthma <i>(asthma)</i> | Chron. Bronchitis <i>(chronic bronchitis)</i> |
| Schlaganfall <i>(stroke)</i> | Schwindel <i>(dizziness)</i> | Blutungsneigung <i>(bleeding tendency)</i> | Krebs <i>(cancer)</i> _____ |
| Lebererkrankungen <i>(liver diseases)</i> | Nierenerkrankungen <i>(kidney disease)</i> | Schilddrüsenerkr. <i>(thyroid disease)</i> | Herzkrankungen <i>(heart disease)</i> |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Epilepsie <i>(epilepsy)</i> | Neurologischer Erkr. <i>(neurological disease)</i> | Orthopädische Erkr. <i>(orthopedic disease)</i> | Psychische Erkr. <i>(psychiatric illness)</i> |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Augenerkrankungen <i>(eye disease)</i> | Chron. Infektionserkr. <i>(chronic infectious dis.)</i> | Durchblutungsstör. Beine <i>(circulatory disorders legs)</i> | andere Erkr. <i>(other disease)</i> |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Einverständniserklärung zur Erinnerung - Ich bin damit einverstanden, dass ich zu Früherkennungsuntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden (z.B. Check-up, Krebsvorsorge) per email oder Telefon erinnert werde.

(I agree that I will be reminded by e-mail or telephone about screening exams offered by the public health insurances (eg check-up, cancer screening))

Ja (yes) **Nein (no)**

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?*(how did you hear about us?)* _____**Einverständnis Videosprechstunde***(agreement for video-consultation)*

Ja (yes) **Nein (no)**

Datum (date)**Unterschrift (signature)**