

Dr. med. Andre Reklat

Facharzt für Allgemeinmedizin Facharzt für Anästhesiologie Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Anamnesebogen

1. Persönliche Daten

Anrede		Vorname			Nachname				
Adresse					PLZ, Stadt				
Geburtsdatum			Beruf						
Telefon-/ Handynummer			E-Mail-Adress	е					
Bisherige	r Hausarzt			Bereits be	esuchte Fach	ärzte			
2. Kra	nkenversi	cheruna							
2.746		oner ung							
Krankenkasse				Krankenvers	sicherung				
				□Ja □	Nein				
Versicher	tennummer			Mitglied hausärztliche Versorgung					
3. Ges	sundheit			(HZV)/ Hausarz	ztprogramm				
J . 0.00									
Datum	:			□ Bisher nic	cht erfolg	jt	□>3 Jah	ire her	
Letzte Vo	rsorgeuntersuch	ung (CheckUp)							
□Ja	□Nein	□ Ja	□ Nein						
	e Allergien?	Um we	elche Allergie(n) handelt es sich?						
□ Ja	□ Nein	Pitto hononnon Sio aug	h die Milligramm-Angabe und Ta	agoszoit dor Einna	hmo I Im wole	sho Modikamo	nto handolt os	cich?	
Medikam	Sie regelmäßig ente ein?	bitte bellefilleri Sie auc	in die Milligramm-Angabe und Ta	igeszeit dei Liilla	nine.om wet	ne Medikanie	rite rialidett es :	SIGH:	
	1eddikamente								
weitere iv	leddikamente								
□ Ja ———	□ Nein	□ Ja □ Nein							
Hat sich Ihr Gewicht in den letzten Monaten verändert?		War die Gewichtsver- änderung gewollt?	Geben Sie bitte die Gewichts	sveränderung in k	g an.				
□ Ja □ Nein									
Rauchen Sie?		Was rauchen Sie?							
□Ja	□ Nein			□Ja	□Nein				
Ist bei Ihnen eine Schwerbehinderung (GdB) anerkannt?		Grad der Behinderung		Ist bei Ihnen Pflegegrad a		welcher Pfle	gegrad?		
□Ja	□ Nein								
Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?		Um welche Behandlun	g handelt(e) es sich?						



Facharzt für Allgemeinmedizin Facharzt für Anästhesiologie Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

Anamnesebogen

□Ja	□ Nein					□Ja	□Nein	
Augener	krankungen	Um welche Augenerkrankung handelt es sich?				Tragen Sie	e eine Brille?	
□Ja	□Nein							
Erkrankungen des Skelettsystems		Um welche Erkrankung des Skelettsystems handelt es sich?						
□Ja	□ Nein							
Hauterkr	ankungen	Um welche Hauterkrankung handelt es sich?						
□Ja	□Nein							
Lungen-/ Atemweg	, serkrankungen	Um welche Atemwegserkrankung handelt es sich?						
□Ja	□Nein							
Kreislauf- Gefäßerk	rankungen	Um welche Kreislauf-/Gefäßerkrankung handelt es sich?						
□Ja	□Nein							
Herzerkrankungen		Um welche Herzerkrankung handelt es sich?						
□Ja	□Nein							
Leber-/G kungen	allenerkran-	Um welche Leber-/Gallenerkrankung handelt es sich?						
□Ja	□ Nein							
Schilddrüs	enerkrankungen	Um welche Schilddrüsenerkrankung handelt es sich?						
□Ja	□ Nein							
Stoffwechselerkrankungen		Um welche Stoffwechselerkrankung handelt es sich?						
□Ja	□ Nein							
Erkranku Verdauur	ngen des ngstrakts	Um welche Erkrankung des Verdauungstrakts handelt es sich?						
□Ja	□Nein							
Nieren-/ erkrankui	Harnwegs- ngen	Um welche Nieren-/ Harnwegserkrankung handelt es sich?						
□Ja	□ Nein							
Nerven-/	Gemütsleiden	Um welches Nerven-/ Gemütsleiden handelt es sich?						
□Ja	□Nein		□Ja	□ Nein	□ Mild □ Schwer	□Ja	□ Nein	
Wurden Sie gegen Corona Viren geimpft?		Wann wurden Sie geimpft? Mit welchem Impfstoff wurden Sie geimpft?	Haben Sie einmal mit	sich schon Corona infiziert?	Hatten Sie einen milden oder schweren Verlauf der Corona-Infektion?	Leiden Sie der Corona	eiden Sie unter Folgen er Corona-Infektion?	
Möchten	Sie uns noch wa	s mitteilen?						
□Ja	□ Nein							
Einwilligu	ng Datenverarbe	itung						
Ort		Datum Ihr Name / Unterschrift						