



## Anamnese

Sehr geehrte/r Patient/in

bitte nehmen sie sich die Zeit folgende Fragen zu beantworten, die wir für eine optimale Betreuung benötigen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie soll lediglich der schnellen Erfassung von Risikofaktoren dienen und den Behandlungsablauf erleichtern.

**Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

Nach-/Vorname: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ (Zur Terminvereinbarung und Befundübermittlung)

e-Mail: \_\_\_\_\_

Terminbenachrichtigungen erhalten:  Ja  Nein

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Ich leide an folgenden Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herz- /Kreislaferkrankungen<br>(Bluthochdruck, Herzschwäche, Schlaganfall, Schrittmacherimplantation, Krampfadern etc.)                                   | <input type="checkbox"/> Endokrinologische Erkrankungen<br>(Erkrankungen der Hypophyse, Diabetes mellitus Typ 1, Schilddrüsenfunktionsstörungen, Nebennierenschwäche, Polyzyst. Ovarien etc.) |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen<br>(Diabetes mellitus Typ2, Gicht, hohe Cholesterinwerte etc.)  | <input type="checkbox"/> Tumorleiden<br>(Brustkrebs, Darmkrebs, etc.)   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwegen (Nierenschwäche /-zysten, Inkontinenz, Prostatavergrößerung, Uterusmyome etc.)                          | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen<br>(Blutarmut, Gerinnungsstörungen, Erkrankungen des Knochenmarks, Leukämie etc.)   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauung<br>(Gastritis, Sodbrennen, chronische Darmerkrankungen, Reizdarm, Durchfall, Verstopfung, Hämorrhoiden, Stuhlinkontinenz etc.) | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten<br>(Schuppenflechte, atopische Dermatitis, Haarverlust, Pigmentstörungen etc.)   |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Binde- und Stützgewebes<br>(Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfälle, Arthrose, Rheuma, Fußdeformitäten etc.)                               | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen<br>(Schlafstörungen, Gemütsschwankungen, Essstörungen, Suchterkrankungen etc.)   |
| <input type="checkbox"/> Nikotin: _____ Zig/d  | <input type="checkbox"/> Sonstige Krankheiten: _____  |

Allergie gegen: \_\_\_\_\_

Operationen mit Datum: \_\_\_\_\_

Erkrankungen bei erstgradigen Angehörigen (Eltern, Geschwister):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herz- /Kreislaferkrankungen.                      | <input type="checkbox"/> Endokrinologische Erkrankungen: |
| <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen                             | <input type="checkbox"/> Tumorleiden                     |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwegen | <input type="checkbox"/> Bluterkrankungen                |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Verdauung                        | <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten                 |
| <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Binde- und                       | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen         |

Impfungen aktuell:  Ja  Nein  weiß ich nicht

Beruf/Ausbildung/Studium: \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_



## Medical History

Dear patient,

please take a time to answer the following questions, that we require to offer you optimal support. Answering the questions is voluntary, it is only intended to quickly identify risk factors and facilitate the course of treatment.

**Your Data will of course be treated strictly confidentially.**

Sur-/First name: \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Would you like appointment notifications?  yes  no

Height: \_\_\_\_\_ cm

Body weight: \_\_\_\_\_ kg

I am affected by:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular disorders<br>(Hypertension, heart insufficiency, stroke, pacemaker, varicose veins etc.)  | <input type="checkbox"/> Endocrinologic diseases<br>(Hypophysis disorders, thyroid diseases, diabetes mellitus type 1, adrenal disfunctions, polycystic ovaries etc.) |
| <input type="checkbox"/> Metabolic disorders<br>(maturity diabetes, hyperuricemia, elevated cholesterol etc.)   | <input type="checkbox"/> Tumors<br>(Breast cancer, colon cancer etc.)   |
| <input type="checkbox"/> Urogenital disorders<br>Renal insufficiency, kidney cysts, incontinence, prostate hyperplasia, uterus myoma etc.)  | <input type="checkbox"/> Hematologic disorders<br>(Anemia, coagulation disorders, bone marrow diseases, leukemia etc.)  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologic disorders<br>(Gastritis, reflux, chronic inflammatory bowel diseases, irritable colon, diarrhea, constipation stool incontinence etc.) | <input type="checkbox"/> Dermatologic diseases<br>(Psoriasis, acne, atopic dermatitis, alopecia etc.)   |
| <input type="checkbox"/> Disorders of connective and supporting tissue<br>(chronic back pain, arthrosis, rheuma, disc prolaps, foot deformities etc.)                             | <input type="checkbox"/> Psychologic disorders<br>(insomnia, mood disorders, eating disorders, vicious diseases, addictions, etc.)                                    |
| <input type="checkbox"/> Nicotine: _____ Zig/d  | <input type="checkbox"/> Other diseases _____   |

Allergies: \_\_\_\_\_

Previous operations (with date): \_\_\_\_\_

Diseases in first-degree relatives (parents, siblings):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular disorders                      | <input type="checkbox"/> Endocrinologic diseases |
| <input type="checkbox"/> Metabolic disorders                           | <input type="checkbox"/> Tumors                  |
| <input type="checkbox"/> Urogenital disorders                          | <input type="checkbox"/> Hematologic disorders   |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologic disorders                   | <input type="checkbox"/> Dermatologic diseases   |
| <input type="checkbox"/> Disorders of connective and supporting tissue | <input type="checkbox"/> Psychologic disorders   |

Profession: \_\_\_\_\_

Childhood diseases: \_\_\_\_\_

Are your vaccinations up to date?  yes  no  i am not sure

Previous general practitioner: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_