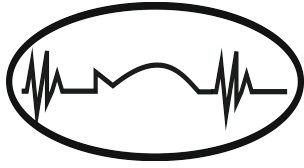


Allgemeine Anamnese



Dr. med. Anika Scholle
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Osterstraße 18
26506 Norden
Tel: 04931-2507 Fax: 81 030 90
Rezepttelefon: 04931-81 030 99

Als Grundlage für die Beurteilung ihres Gesundheitszustandes benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrer Krankheitsvorgeschichte.

Dieser Bogen sollte komplett ausgefüllt am Tag der Blutentnahme zurückgegeben werden, um eine qualitativ hochwertige Vorsorgeleistung zu erbringen.

Name: _____ Vorname: _____

Alter in Jahren: _____ Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Ihre Gewonheiten:

	Ja	Nein	
Treiben Sie Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft / Welchen _____
Essen Sie frisches Gemüse und Obst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft / Wieviel _____
Essen Sie regelmäßig Seefisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft / Wieviel _____
Essen Sie Fleisch und Wurst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft / Wieviel _____
Haben Sie Stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft / Welchen _____
Schlafen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stunden pro Nacht _____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wieviel / Seit wann _____
Trinken Sie regelmäßig Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft / Welchen _____
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wie oft / Welche _____

Haben Sie Beschwerden / Krankheiten an bzw. mit

	Ja	Nein	
Kopf / Hals / Schilddrüse / Zähne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herz / Kreislauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lunge / Atemwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen / Darmsystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Niere/ Harnwege/ Genital/ Sexualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nerven/ Knochen/ Muskeln/ Gelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
frühere Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhter Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
erhöhte Blutfette / Cholesterin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gicht:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sonstige Beschwerden/ Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Waren Sie in den letzten 4 Quartalen beim Arzt? nein ja

Wenn ja: Wegen einer der folgenden Krankheiten?

- Astma Diabetes mellitus Typ II Koronare Herzkrankheit (KHK)
 Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD)

Bei welchem Arzt? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Medikament:	Wie oft am Tag?	Seit wann?

Sind Sie schwanger? wenn ja, welcher Monat? _____

Nehmen Sie die Anti-Baby-Pille _____

Gibt es in Ihrer Familie?

Herzerkrankungen: _____

Bluthochdruck: _____

Schlaganfälle: _____

Übergewicht: _____

Zuckerkrankheit: _____

Krebsleiden: _____

Rheuma: _____

Rücken- und Gelenkkrankheiten: _____

andere Krankheiten _____

Kennen Sie die Hausarztvertrag Option von Ihrer Krankenkasse?

Kontaktdaten:

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Unterschrift zur Bestätigung Ihrer Angaben : _____