



Patientenname: *

ANAMNESE - BOGEN

(FRAGEN ZUR KRANKENGESCHICHTE)

Sehr geehrter Patient,

um Ihre Untersuchung und Behandlung optimal durchführen zu können, ist es für uns wichtig, Ihre Krankengeschichte, vorbestehende Krankheiten, Allergien, einzunehmende Medikamente oder durchgeführte Operationen zu kennen. Wir bitten Sie, die nachfolgenden Fragen sorgfältig zu beantworten. Sie können das ausgefüllte Formular wahlweise elektronisch an uns versenden (siehe unten: ‚Absenden‘ klicken) oder selbst ausdrucken und zum Arzttermin mitbringen.

- | | | | |
|----|------|----------------|--|
| ja | nein | ich weiß nicht | Herzerkrankungen (z.B. KHK, Klappenfehler, Rhythmusstörungen o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Kreislaufkrankungen (z.B. hoher oder niedriger Blutdruck o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Pneumonie, Tuberkulose o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Lebererkrankungen (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, Fettleber o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Magen-Darmerkrankungen (z.B. Magengeschwür o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Nierenerkrankungen (z.B. Nierensteine, Nierenentzündungen o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Stoffwechselerkrankungen (z.B. Blutzucker, Gicht, Fettstoffw. o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Hormonerkrankung (z.B. Schilddrüsenfehlfunktion o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Bluterkrankungen (z.B. Anämie, Leukämie o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Blutgerinnungsstörung (z.B. Neigung zu Blutergüssen o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Skeletterkrankungen (z.B. Arthrose, Osteoporose, Frakturen o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Nervensystemerkrankungen (z.B. Migräne, Parkinson, Epilepsie o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Gemütsleiden (z.B. Depressionen, Psychosen o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Hauterkrankungen (z.B. Neurodermitis, Psoriasis, Ekzeme o.a.) |
| ja | nein | ich weiß nicht | Herpes |
| ja | nein | ich weiß nicht | Infektionserkrankungen (z.B. insbesondere aktuell oder chronisch)
wenn ja, welche: |
| ja | nein | ich weiß nicht | Tumorerkrankungen (bösartige): |
| ja | nein | ich weiß nicht | Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamentenallergien z.B. Penicillin o.a.)
wenn ja, welche: |
| ja | nein | | Nikotinkonsum , wenn ja, wieviel Zigaretten tgl. Stückzahl: |

Welche **Medikamente** nehmen Sie zur Zeit oder regelmäßig ein?

Welchen **Operationen** haben Sie sich wann unterzogen?

OP/Jahr:

OP/Jahr:

OP/Jahr:

OP/Jahr:



Praxis für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Akupunktur
Traditionelle Chinesische Medizin
Dr. Katrin Kirchof
Sonnentallee 87, 12045 Berlin
Tel: 030-623 44 68 / Fax: 030-624 63 73

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt bzw. Kinderarzt? (ggf. mit Anschrift)

Welchen Beruf üben Sie aus und wer ist Ihr Arbeitgeber?

Krankenversicherung: *

Für gesetzlich versicherte Patienten:

Haben Sie eine Private Zusatzversicherung, ggf. welche? * ja nein

In eigener Sache mit der Bitte um Beantwortung:

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

durch meinen überweisenden Arzt
durch eine Empfehlung von Familienangehörigen, Kollegen, Freunden:

durch das Telefonbuch
durch die Gelben Seiten
durch unsere Homepage
Internetsuche, ggf. welches Portal:
sonstiges:

Berlin, den *

Unterschrift Patient/in, Sorgeberechtigter

Tag Monat Jahr
