



Erstanamnesebogen

Patient: _____, geb. _____
wohnhaft _____, Tel. _____

Allgemeine Lebenssituation

Sie sind: Schüler/Student Hausfrau Rentner

berufstätig als _____

Besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? nein ja : _____

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? nein ja, _____ Prozent

Sie sind ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja : _____ / ggfs. Geburtsjahr(e) _____

Rauchen Sie? nein ja , _____ Zigaretten pro Tag

Trinken Sie Alkohol? nein gelegentlich regelmäßig

Benötigen Sie ein(e) Hörgerät Brille/Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelm??ig aktiv? nein beruflich in Ihrer Freizeit (Sport)

Sportart(en): _____

gelegentlich regelmäßig _____ Mal / Woche

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Keine	<input type="checkbox"/>		
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
erhöhter Cholesterin	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Gicht	<input type="checkbox"/>	Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>
Magenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	Asthma/chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>
Krebs welche Art:	<input type="checkbox"/>	Allergie(n) welche:	<input type="checkbox"/>



Befinden Sie sich in regelmäßiger, fachärztlicher Behandlung?

Internist Kardiologe Lungenfacharzt Orthopäde Chirurg
Urologe Neurologe Hautarzt HNO Frauenarzt
Röntgenfacharzt
Andere: _____

Klinikaufenthalte /wann?: _____

Welche Operationen hatten Sie?

Keine
Herz-OP Gefäß-OP Brust-OP Gebärmutter-OP
Krebs-OP Gallen-OP Schilddrüsen-OP
Mandel-OP Ohr-OP
Magen-OP Blinddarm-OP Nabenbruch-OP
Sonstige Operationen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche und wie oft? _____

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante)

bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? _____
Bluthochdruck ja bei wem? _____
Blutzuckerkrankheit ja bei wem? _____
Schlaganfall ja bei wem? _____
Darmkrebs ja bei wem? _____
Brustkrebs ja bei wem? _____
Krebs, sonst. ja bei wem? _____
welche Art? _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Süderbarup, den _____ (Unterschrift)



Hausarztpraxis
Dr. Florence Skyum

Team Allee 16-20
24392 Süderbarup
Tel: 04641 9890940

Einverständnis des Patienten zur Einholung von Behandlungsdaten und Vorbefunden

Patient: _____ geb. _____
wohnhaf: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Dr. Florence Skyum,
Süderbrarup Behandlungsdaten und Vorbefunde von

(bitte hier Praxis, Name und Anschrift eintragen)

einholt.

Diese Einverständnis ist freiwillig, mir ist bekannt, dass ich sie jederzeit ganz oder teilweise
für die Zukunft zurückziehen kann.

Ich entbinde die betreffenden Ärzte insoweit von der Schweigepflicht

Ort Datum,

Unterschrift