



Christian Hinrichs
 Jens Schapp MBBS AKC (King's College London) FÄ für
 Allgemeinmedizin

Jann-Berghaus-Str.17, 26802 Moormerland Tel.: 04954-4360

Name:	Geburtsdatum:
-------	---------------

Liebe Patientin, lieber Patient,

die nachfolgende Erhebung Ihrer Krankengeschichte sowie persönlicher Gewohnheiten ist ausschließlich zum internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, lassen Sie bitte aus.

*Halten Sie bitte **Impfpass** und wenn vorhanden **Versichertenkarte** auch für das Arztgespräch bereit.*

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Leiden Sie aktuell unter Beschwerden?	Wenn Ja, welche:
Telefonnummer:	Bitte aktualisieren Sie hier Ihre Kontaktdaten
Mobil:	
Email-Adresse:	
Anschrift:	
Haben Sie chronische Erkrankungen oder schwere Vorerkrankungen? z.B.: Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck, Zucker,...)	Wenn Ja, welche:
Ja Nein	
Sind Sie bereits operiert worden?	Welche OPs und wann?
Ja Nein	

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein	Wenn ja, listen Sie Ihre Medikamente (auch eventuelle Selbstmedikationen) bitte auf: z.B. Bisoprolol 5 mg 1-0-1.				
Leiden Sie an Medikamenten-unverträglichkeiten oder -allergien? Ja Nein	Wenn ja, welche vertragen Sie nicht:				
Rauchen Sie? Ja Nein	Wenn ja, wie viel?				
	Zigaretten/ Tag.		Raucher seit		Jahren
Wie oft konsumieren Sie Alkohol?					
	Tgl. :	2-3x/W	1x/ W	14-tägig	seltener/ nie
Was trinken Sie typischerweise an Tagen, an denen Sie Alkohol trinken?					
Drogenkonsum Ja Nein	Wenn ja, was?				
Haben Sie eine besondere Ernährung? Ja Nein	Wenn Ja, welche?				
	Vegetarisch		Vegan		Gluten-Frei
Sonstige:					
Vegetative Anamnese	Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____				
	Harninkontinenz:		Ja	Nein	
	Stuhlinkontinenz:		Ja	Nein	
Liegen sogenannte "B-Symptome" vor (siehe rechts) Ja Nein	Ungewollter Gewichtsverlust (>6kg)		Ja	Nein	
	Extremer Nachtschweiß		Ja	Nein	
	Appetitlosigkeit		Ja	Nein	

Außergewöhnliche Belastungen Ja Nein	Wenn ja, was liegt vor?	
	Beruflicher Stress Angstzustände Depressivität	Privater Stress Interessensverlust sonst.:
Sozialanamnese	Beruf (& ggf. vorherige Berufe): Anerkannte Berufskrankheit: Ja : Nein Familienstand: Kinder: Sportlich aktiv:Ja und zwar: Nein	
Familienanamnese Sind in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen gehäuft aufgetreten? Ja Nein	Welche Erkrankungen liegen vor und wer ist alles daran erkrankt?	
Vorsorge-untersuchungen Wann nahmen Sie zuletzt an folgenden Vorsorge-Untersuchungen teil	Darmkrebsvorsorge zuletzt Hautkrebsscreening zuletzt Frauenärztliche Vorsorge zuletzt Aortenscreening zuletzt Gesundheitsuntersuchung zuletzt	noch nie noch nie noch nie noch nie noch nie
Vorsorge & Pflege	Pflegegrad: Schwerbehinderung (+Merkzeichen): Patientenverfügung: Ja Nein Organspendeausweis: Ja Nein	
Notfallkontakt	Name: Verhältnis: Handynummer:	