

Bitte geben Sie diesen Anamnesebogen ausgefüllt vor dem Vorstellungstermin ab.

Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben. Es liegt natürlich in Ihrem eigenen Interesse die Fragen vollständig und nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß zu beantworten. Durch Ihre Unterschrift wird dies bestätigt. **Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen:**

Name, Vorname: _____ geboren am: _____

Wohnort, Straße: _____ Beruf: _____

Vorheriger Hausarzt: _____ Fachärzte: _____

Angaben zu Ihrer Krankheitsgeschichte:

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlungen, Operationen, Verletzungen oder Unfälle? (was/wann, ggf. Rückseite nutzen)

Angaben zu Beschwerden / Erkrankungen folgender Organe / Körperfunktionen (was/wann, ggf. Rückseite mit Nr-Angabe):

1. Kopf, Gehirn, Nervensystem: _____
(Schädelhirnverletzung incl. Gehirnerschütterung, Drehschwindel, Gleichgewichtsstörungen, häufiger Kopfschmerz, Migräne, Anfall mit Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, Seekrankheit, Lumbago, sonstigen neurologischen Erkrankungen)
2. Psyche: _____
(Neigung zu Angstreaktion, Beklemmung in engen Räumen oder auf freien Plätzen, Panikattacke, Depression oder depressive Phasen, sonstige psychische Erkrankungen, nahmen/nehmen Sie diesbez. Medikamente?)
3. Augen: _____
(Herabsetzung des Sehvermögens, Netzhautablösungen, Brillenträger, Kontaktlinsen, Rot-Grün-Schwäche, Bitte die Sehkraft li. und re. in Dioptrien angeben)
4. Nase, Nasennebenhöhlen: _____
(häufige Katarrhe, Heuschnupfen, häufig Nasenbluten nach dem Tauchen, Stirnhöhlen- oder Kieferhöhlenvereiterungen)
5. Ohren / Gehör: _____
(Mittelohrentzündung, Gehörgangsentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung)
6. Atmungsorgane: _____
(Tuberkulose, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung, Asthma, länger dauernde Bronchitis, Spontanpneumothorax, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft)
7. Herz-Kreislauf-System: _____
(Herzfehler, Herzmuskulenzündung, Engegefühl oder Schmerzen im Brustkorb, eventuell ausstrahlend, Hertrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, Durchblutungsstörungen)
8. Bauch / Verdauungsorgane: _____
(Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche)
9. Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane: _____
(Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündungen, Nierensteine)
10. Haut, Knochen, Gelenke: _____
(Allergien, Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, häufige Gelenkluxationen)
11. Stoffwechsel: _____
(Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse, Tetanie, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörung)
12. bei Frauen: besteht eine Schwangerschaft? Welche Schwangerschaftswoche? Komplikationen?

Hatten Sie in den letzten Monaten akute Erkrankungen? (was/wann): _____

Hatten oder haben Sie sonstige Krankheiten, Schwierigkeiten oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? (was/wann): _____

Konsum(Art/Menge) von Zigaretten: _____ Alkohol: _____ Drogen: _____

Ihre letzte Röntgenaufnahme der Lunge (wann, Grund, wo): _____

Ihr letztes Ruhe- / Belastungs-EKG (wann): _____

Welche Medikamente nehmen Sie (Name/Dosis/Einnahmeschema): **Bitte nutzen Sie ggf. die Rückseite!**

Lübeck,(Datum) _____ Unterschrift Patient/in: _____