

Praxen Dr. Stefan Bech

Innere Medizin, Kardiologie
Intensiv- und Notfallmedizin
Haus- und fachärztliche Versorgung

Haslacherstr. 6, 83278 Traunstein
Chiemseestr. 29, 83278 Traunstein
Laimgruber Str. 12, 83339 Chieming



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir begrüßen Sie ganz herzlich in unserer Praxis.

Damit wir Sie optimal behandeln und beraten können, bitten wir Sie vor dem Arztgespräch ein paar Fragen zu beantworten.

Name:

Geburtsdatum:

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enge-/Druckgefühl im Brustkorb
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen im Brustkorb
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot in Ruhe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemnot unter Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzstolpern / Herzrasen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwindel / Ohnmachtsanfälle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wassereinlagerungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen in den Beinen bei Belastung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Innere Unruhe / Angst / Depressionen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen-/Darmbeschwerden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen muskulär
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen / Migräne

Freitext



Allgemeine Anamnese:

Körpergröße: cm

Gewicht: kg

Allergien: ja nein

Wenn ja, welche:

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht ja nein E-Zigarette

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag: aufgehört seit:

Alkohol: ja nein

Wenn ja, wieviel:

Was machen Sie beruflich:

Treiben Sie Sport? Wenn ja, welchen und wie oft:

Aktuelle Medikation (möglichst Medikamentenplan, sonst bitte eintragen)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Bitte geben Sie auch rezeptfreie / naturheilkundliche Bedarfsmedikation an.

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

	Ja	Nein	
Gesundheitsuntersuchung /Check	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann: <input type="text"/>
Krebsvorsorge (Frau Gyn/Mann Uro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann: <input type="text"/>
Darmspiegelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann: <input type="text"/>
Hautkrebscreening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wann: <input type="text"/>



Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt?

Ja	Nein	Herz-/Gefäßerkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzerkrankung / Angina pectoris
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt, wenn ja, wann: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzklappenerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschwäche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzrhythmusstörungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vorhofflimmern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pAVK (Durchblutungsstörungen der Beine)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall / TIA / Hirnblutung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Synkope / Bewusstlosigkeit / Kreislaufschwäche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlafapnoe-Syndrom (<input type="checkbox"/> Therapie mit Maske)

Ja	Nein	Andere Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose / Lungenembolie: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (Asthma /COPD): <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 <input type="checkbox"/> insulinpflichtig <input type="checkbox"/> tablettentpflichtig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen Magen-Darmtrakt / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen / Blutungsstörung / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankungen / Tumor: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen / Depression / Psychose / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis, TB?)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenunter-/überfunktion oder anderweitige Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen / erhöhtes Cholesterin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung / Nierenschwäche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampfleiden / Epilepsie/ Neurologische Erkrankungen / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Erkrankungen

Sind bereits Eingriffe am Herzen oder sonstige Operationen durchgeführt worden?

Ja	Nein	Voroperationen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PTCA / Stentimplantation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bypassoperation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klappenersatz /-rekonstruktion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrillmacher / Defibrillalor



- Elektrophysiologischer Eingriff („Verödung“)
- Kardioversion („Elektrobehandlung“)
- Sonstige Operationen, falls ja, welche?
-
-

Familienanamnese:

Sind bei einem Ihrer erstgradigen Verwandten (Eltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen aufgetreten?

Ja	Nein	Familienanamnese
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt/ koronare Herzerkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plötzlicher Herztod
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörungen / erhöhtes Cholesterin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus / Zuckererkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose / Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankung: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankung

Haben Sie eine Patientenverfügung Ja Nein

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht/Betreuung Ja Nein

Falls ja, wer ist bevollmächtigt:

Mit der Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Der Anamnesebogen wird elektronisch in der Akte hinterlegt. Die Angaben dienen nur dem internen Gebrauch und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten