



# ANAMNESEBOGEN ALLGEMEIN

\_\_\_\_\_  
**DATUM**

Zur Unterstützung von Ärzten bei bevorstehenden Behandlungen für bestmögliche medizinische Betreuung. Bitte alle folgenden Fragen zur Person, zur Betreuung und zum Gesundheitszustand gewissenhaft beantworten.

\_\_\_\_\_  
**NAME DES BEHANDLUNGSZENTRUMS**

\_\_\_\_\_  
**ART DER BEHANDLUNG**

\_\_\_\_\_  
**NAME, VORNAME**

\_\_\_\_\_  
**GEBURTSDATUM**

\_\_\_\_\_  
**STRASSE**

\_\_\_\_\_  
**PLZ WOHNORT**

\_\_\_\_\_  
**TELEFON PRIVAT / MOBIL**

\_\_\_\_\_  
**EMAIL**

(m)	(kg)	BMI
<b>GRÖSSE</b>	<b>AKTUELLES GEWICHT</b>	

(kg)	BMI	
<b>MAXIMALES GEWICHT</b>		<b>DATUM</b>

FOTOS

**Aktuelle Therapien:**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diät      | <input type="checkbox"/> Homöopathie       |
| <input type="checkbox"/> Tabletten | <input type="checkbox"/> _____<br>Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Insulin   | <input type="checkbox"/> _____<br>Sonstige |

**Allergien:**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Latex                |
| <input type="checkbox"/> Jod          | <input type="checkbox"/> _____<br>Medikamente |
| <input type="checkbox"/> Pflaster     | <input type="checkbox"/> _____<br>Sonstige    |

- Ja **Dürfen wir bei medizinischen Rückfragen einen Ihrer Fachärzte ansprechen?**
- Nein

- Ja **Soll einer Ihrer behandelnden Ärzte von uns informiert werden?**
- Nein

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt / Allgemeinmediziner | <input type="checkbox"/> Gynäkologe        |
| <input type="checkbox"/> Orthopäde / Chirurg           | <input type="checkbox"/> Hautarzt          |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsmediziner           | <input type="checkbox"/> _____<br>Sonstige |

---

**NAME UND ADRESSDATEN**

---

TELEFON

---

EMAIL

**Postoperative Betreuung:**

- Ja **Ist es Ihnen möglich am OP-Tag eine Abholung in der Klinik und eine häusliche Betreuung sicherzustellen?**
- Nein

**BESONDERE BEMERKUNGEN:**

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?

Fragen zu ihrem Gesundheitszustand

Ja **Herz / Kreislauf**

Rhythmusstörungen, Herzfehler, Angina pectoris, Herzinfarkt, Schwindelattacken,

Nein Atemnot beim Treppensteigen, Wassereinlagerung in den Beinen.

Ja **Atemwege / Lunge**

Chronische Bronchitis, Asthma, Lungenentzündung, Tuberkulose.

Nein

Ja **Gefäße**

Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen.

Nein

Ja **Leber**

Gelbsucht, Gallensteine, Leberzirrhose, Hepatitis.

Nein

Ja **Nieren**

Nierensteine, Nierenentzündung, eingeschränkte Funktion, Dialysepflicht.

Nein

Ja **Magen-Darm-Trakt**

Engstellen, Geschwüre, chronische Entzündung.

Nein

Ja **Nerven / Gemüt**

Krampfleiden (Epilepsie), Lähmungen, Depressionen.

Nein

Ja **Blut**

Blutarmut, Blutgerinnungsstörungen (häufiges Nasenbluten,

Nein Neigung zu blauen Flecken, verlängerte Blutungsneigung.



Ja **Besteht zur Zeit eine Erkältung?**

Nein

Ja **Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft?**

Wenn ja, in welchem Monat sind Sie?

Nein

---

Ja **Sind Sie HIV-positiv?**

Nein

Ja **Wurde bei Ihnen eine Hepatitis-Infektion festgestellt?**

Wenn ja, welche?

Nein

---

Ja **Hatten Sie Probleme mit örtlichen Betäubungsmitteln?**

Wenn ja, welche?

Nein

---

Ja **Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit?**

Wenn ja, seit wann?

Nein

---

Ja **Besteht bei Ihnen eine Neigung zu hohem Blutdruck?**

Nein

Ja **Waren Sie in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?**

Wenn ja, wo und weswegen?

Nein

---

---

---

---

Ja **Welche schweren Erkrankungen wurden in der Vergangenheit bei Ihnen behandelt?**

Nein

---

---

Ja **Welche Operationen wurden bei Ihnen bereits durchgeführt?**

Nein

---

---

Ja **Gab es dabei Probleme?**

Wenn ja, welche?

Nein

---

---

Ja **Schlafstörungen**

Wenn ja, welche?

Nein

Apnoe

Narkolepsie

Ja **Lipo-Lymph-Ödem**

Wenn ja, welche?

Nein

Lipödem

Lymphe

Ja **Nehmen Sie blutgerinnungshemmende Medikamente?**  
Z.B. Marcumar oder Medikamente, die Acetylsalicylsäure enthalten?

Nein Wenn ja, welche?

---

---

Ja **Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?**

Nein

---

---

Ja **Nehmen Sie Schlaf- und Beruhigungsmittel?**  
Welche und wieviel?

Nein

---

---

Ja **Nehmen Sie Drogen?**  
Welche und wieviel?

Nein

---

---

## Sonstige Fragen

Ja **Rauchen Sie?**  
Wenn ja, wieviel?

Nein

---

Ja **Trinken Sie Alkohol?**  
Was und in welchen Mengen?

Nein

---

---

---

---

## Sonstige Besonderheiten?

---

---

Ich stimme den aktuellen Datenschutz- und Nutzungsbestimmungen  
des Behandlungszentrums zu. Diese Zustimmung kann ich jederzeit

telefonisch     schriftlich     per Email    widerrufen.

---

ORT, DATUM

---

UNTERSCHRIFT PATIENT/IN (ERZIEHUNGSBERECHTIGTE)



# Qualitätsbeurteilung

(Beantwortung freiwillig)

Wie wurden sie auf uns aufmerksam?

Internet

Anzeige

Radio

Empfehlung \_\_\_\_\_

TV

\_\_\_\_\_  
Sonstige

Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen?

(1 = sehr gut ... 6 = ungenügend)

1

2

3

4

5

6

Verbesserungs-/Ergänzungsvorschläge:

---

---

---

Die ADIPOSITAS SELBSTHILFE KREISRUND PFORZHEIM würde sich über ein Feedback von Ihnen freuen.

[shg-kreisrund@hotmail.com](mailto:shg-kreisrund@hotmail.com)

[www.adipositas-shg-pf.jimdo.com](http://www.adipositas-shg-pf.jimdo.com)

