

**Liebe Patientinnen und Patienten,**  
**um uns die Arbeit zu erleichtern möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.**  
**Wir danken für Ihre Mithilfe.**

### **I. Allgemeine Angaben**

Name, Geburtsname, Vorname ( Rufnamen unterstreichen) Geburtsdatum

Telefon / Fax

Wohnanschrift ( PLZ, Ort Straße, Hausnummer,

Geburtsort/ Staatsangehörigkeit

### **II. Aktuelle Probleme:**

Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie z.Zt. ?

### **III. Zu Ihrer eigenen Anamnese:**

Haben Sie jemals an einer dieser Erkrankungen bzw. an einer Erkrankung der unten aufgeführten Organe gelitten?  
 Bisherige Erkrankungen ( mit Zeitangabe/ Angabe des Zeitpunktes der Erstdiagnose

Nein Ja Wann Art der Krankheit

1. Augen
2. Hals, Nase, Ohren
3. Schilddrüse
4. Lungen
5. Tuberkulose
6. Herz, Gefäße
7. Blutdruck
8. Gallenblase, Leber
9. Magen-Darm-Trakt
10. Nieren, Harnblase
11. Geschlechtsorgane
12. Haut
13. Nerven, Gehirn, Gemüt
14. Gelenke, Wirbelsäule
15. Blutkrankheiten
16. Krebskrankheiten
17. andere Erkrankungen (Diabetes etc.)
18. Arbeitsunfall
19. Operationen

Erstellt durch: S. Moegling

Geprüft durch QMB: S. Moegling

Freigegeben durch: S. Moegling

Datum: 24.10.2010

Datum: 08.05.2012

Datum: 08.05.2012

Datenquelle: Anamnesebogen.doc\\Server\mega\QMS\Onkologie-  
 PraxisDr.BaakeD.Leonhardt\_Moegling\_04\Dokumente\Vorlagen

**Krankenhausaufenthalte**

von-bis..... wegen.....

.....

.....

Nennen Sie Ihre behandelnden Ärzte in den letzten 12 Monaten ( Geben Sie dabei Namen, Anschrift und Fachrichtung an)

.....

.....

.....

.....

**IV. Sozialanamnese:**

Anzahl der Geschwister, ( bitte auch Angabe ob Zwilling, Mehrling)

Anzahl der Kinder ( bitte auch Alter angeben)

Gibt es in Ihrem beruflichen/ privaten Bereich Umstände, die Sie besonders belasten ?

Derzeitige Stellung im Beruf/ Erwerbsleben:

- nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau, Rentner, Vorruhestand)
- Auszubildender ( z.B. Lehrling/ Praktikant, Volontär, Student)
- Angestellter/ Beamter
- Selbstständiger

zuletzt ausgeübter Beruf/ Erwerbstätigkeit ( möglichst genaue Beschreibung)

.....

Anschrift Arbeitgeber

.....

Anschrift der Krankenkasse

.....

Arbeitszeit und Arbeitsweise

Ganztagsarbeit    Teilzeitarbeit    Wechselschicht    Nachtschicht    Akkordarbeit    besonderer Zeitdruck

Beanspruchung des Bewegungsapparates (überwiegend)

stehend/ gehend    sitzend    gebückt/ knieend    mit erhobenen Armen    Heben von Lasten    Klettern & Steigen

Äußere Einflüsse

Kälte, Zugluft, Nässe    Hitze    Staubentwicklung    Rauchentwicklung    Gerüche, Gase, Dämpfe    Lärm

Beanspruchung der Sinnesorgane

Ständige Konzentration    Verantwortung für Personen    Bildschirmtätigkeit    Anlagensteuerung (Überwachung)

Berufliches Kraftfahren

PKW/ LKW    Baumaschinen ( Bagger, Kran)    Personenbeförderung    Gefahrguttransporte

Sonstiges

Erstellt durch: S. Moegling

Geprüft durch QMB: S. Moegling

Freigegeben durch: S. Moegling

Datum: 24.10.2010

Datum: 08.05.2012

Datum: 08.05.2012

Datenquelle: Anamnesebogen.doc\\Server\mega\QMS\Onkologie-PraxisDr.BaakeD.Leonhardt\_Moegling\_04\Dokumente\Vorlagen

Publikumsverkehr	Reisetätigkeit	Erschütterungen/ Vibrationen	erhöhte Unfallgefahr
Welche Behandlungen erfolgten in den letzten 12 Monaten ?			
Krankengymnastik	Ernährungsberatung/ Diabetikerschulung		
Entspannungstherapie	Bewegungs-/ Sporttherapie		
Psychotherapie	Nichtrauchertraining		
sonstige: .....			
.....			

Sind Sie z.Zt. arbeitsunfähig ?			
nein	ja	seit .....	wegen.....
Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate arbeitsunfähig?			
nein	ja	von-bis.....	wegen.....
		.....	.....
		.....	.....

### V. Familienanamnese:

Sind bei Ihren lebenden oder verstorbenen Blutsverwandten folgende Erkrankungen aufgetreten ?			
	Nein	Ja	Wer?
1. Zuckerkrankheit			
2. Rheuma/ Gicht			
3. Asthma/ Allergien			
4. Bluthochdruck			
5. Nerven- und Gemütsleiden			
6. Hautkrankheiten			
7. Blutkrankheiten			
8. andere Erkrankungen			
9. Krebskrankheiten			

### VI. Vegetative Anamnese

Rauchen Sie ?	nein	ja	
Trinken Sie täglich oder fast täglich Alkohol?	nein	ja	Menge .....
Besteht Schwangerschaft ?	nein	ja	
Regelblutung	normal		Auffälligkeiten Welche?.....
Stuhlgang	normal		Auffälligkeiten Welche?.....
Nächtliches Wasserlassen ?	nein	ja	
Wie ist Ihr Schlaf ?	normal		Auffälligkeiten Welche?.....
Besondere Diäten ?		nein	ja
Welche?.....			

Erstellt durch: S. Moegling	Geprüft durch QMB: S. Moegling	Freigegeben durch: S. Moegling
Datum: 24.10.2010	Datum: 08.05.2012	Datum: 08.05.2012
Datenquelle: Anamnesebogen.doc\\Server\mega\QMS\Onkologie-PraxisDr.BaakeD.Leonhardt_Moegling_04\Dokumente\Vorlagen		

## **VII. Medikamente**

Haben Sie Allergien/ Unverträglichkeit gegenüber Medikamenten etc. ?

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (Name des Medikaments mit Mengenangabe) ?

.....

.....

.....

## **VIII. Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Behandlung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können bzw. Daten im Falle einer Weiter- oder Mitbehandlung an die entsprechenden Ärzte weitergegeben werden.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Erstellt durch: S. Moegling	Geprüft durch QMB: S. Moegling	Freigegeben durch: S. Moegling
Datum: 24.10.2010	Datum: 08.05.2012	Datum: 08.05.2012
Datenquelle: Anamnesebogen.doc\\Server\mega\QMS\Onkologie-PraxisDr.BaakeD.Leonhardt_Moegling_04\Dokumente\Vorlagen		