

Anamnesebogen Männer

Aufnahmebogen

Bitte in **D r u c k s c h r i f t** ausfüllen! Vielen Dank!

Name:
Vorname: Geb. Datum:
Straße:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr. privat: dienstlich:
Tel Mobil.:
Fax:

Private Krankenkasse:
(nur für Privatpatienten)
Post-B-Krankenkasse?

Wer ist Ihr Hausarzt ?.....
Ich entbinde hiermit die **endokrinologische Gemeinschaftspraxis** gegenüber dem
Hausarzt, Krankenhaus und Fremdlabor von der Schweigepflicht. (neues
Datenschutzgesetz/ Mai 2018)

Falls Angehörige Auskunft über Ihre Befunde bekommen sollen, müssen
wir schriftlich von der Schweigepflicht entbunden werden. Dies gilt
bei allen Patienten ab dem 14. Lebensjahr.

Ich entbinde hiermit die Praxis Dr. med. M. von Hülst-Schlabrendorff und Dr. med. W.
Ehse gegenüber

Name:.....

von der Schweigepflicht.

Datum und Unterschrift

Info Befundmitteilung!!!!!!

Wünschen Sie eine schriftliche Benachrichtigung/Arztbrief oder Rezepte zugesandt,
bitten wir Sie um eine Aufwendungspauschale von 2 Euro pro Quartal.

Ja / Nein

Anamnesebogen Männer

Bitte in Druckschrift ausfüllen! Vielen Dank!

Name:.....Vorname:.....

Geb. Datum:.....

Größe:.....cm Gewicht:.....kg

Um Ihre Beschwerden besser untersuchen zu können bitten wir Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen:

Ich habe folgende Beschwerden (bzw. Grund Ihres Kommens):

.....

.....

.....

.....

Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente:

.....

.....

.....

.....

Meine Beschwerden bestehen seit ca.:

Ist eine Infektionskrankheit bekannt: ja O / nein O
Wenn ja welche? Seit Wann?

.....

Bei mir sind folgende Vorerkrankungen bekannt:

.....

Operationen? ja O / nein O
Wenn ja welche und wann?

.....

Bitte zweite Seite beachten!!!!

Anamnesebogen Männer

Bluthochdruck: ja O / nein O Behandlung erfolgt mit Tabletten
Zuckerkrankheit: ja O / nein O, seit mit Diät/Tabletten/Insulin behandelt
Cholesterinerhöhung: ja O / nein O
Lebererkrankungen: ja O / nein O
Thrombosen: ja O / nein O
Schilddrüsenerkrankung: ja O / nein O
Nierenerkrankungen: ja O / nein O

Symptome(Beschwerden)

Haarausfall: ja O / nein O
Kopfschmerzen: ja O / nein O
Vermehrtes Schwitzen: ja O / nein O
Gewichtszunahme : ja O / nein Okg
Gewichtsabnahme: ja O / nein Okg
Müdigkeit / Antriebslosigkeit ja O / nein O
Muskel-/ Gelenkschmerzen ja O / nein O

Haben Sie aktuell Cortison in Form von Spritzen oder Tabletten bekommen, z.B.
von Ihrem Orthopäden oder Neurochirurgen? ja O nein O
Behandlung erfolgte wann? _____

Benutzen Sie ein Inhalationsspray von Ihrem Lungenfacharzt? Ja O nein O

Benutzen Sie Cortisonsalbe von Ihrem Hautarzt? Ja O Nein O

Nikotin: Ich rauche Zigaretten pro Tag.

Leben Sie vegan? Ja O Nein O
Leben Sie vegetarisch? Ja O Nein O
Nehmen Sie Biotin? Ja O Nein O
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? Ja O Nein O
Nehmen Sie Vitaminpräparate? Ja O Nein O

Wenn **JA** welche?

NN-A	Hvl-A	MEN	SD-CA	KW	Osteo	Dia	Gesta
------	-------	-----	-------	----	-------	-----	-------