

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 4 Euro pro Quartal.

Ja / Nein

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 / nein
Wenn ja welche? Seit Wann?

.....

Bei mir sind folgende Vorerkrankungen bekannt:

.....

Operationen? ja / nein
Wenn ja welche und wann?

.....

Bitte zweite Seite beachten!!!!

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

Symptome(Beschwerden)

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

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

Benutzen Sie ein Inhalationsspray von Ihrem Lungenfacharzt? Ja nein

Benutzen Sie Cortisonsalbe von Ihrem Hautarzt? Ja Nein

Nikotin: Ich rauche Zigaretten pro Tag.

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

Wenn **JA** welche?

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