

Anamnesebogen Endokrinologie

Liebe Patient*innen

Zu Beginn der Konsultation erfolgt eine allgemeine Krankenbefragung durch den Facharzt. Um sich auf diese Vorzubereiten, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen zu lesen und auszufüllen. Danke vielmals.

Persönliche Daten

Name:.....	Vorname:
Geb. Datum:.....	Hausarzt:

Der Arztbrief sollte gesandt werden an:

.....

Persönliches

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an; wenn Ihnen etwas unbekannt ist, kreuzen Sie bitte nichts an.

Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell?

Ja **Nein**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | keine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gewichtsabnahme |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Viel Trinken |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Häufiges Wasserlösen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwäche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erschöpfung |
| <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"/> | Starkes Herzklopfen / 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 |

Andere:

.....
.....

Weiteres:

Ja **Nein**

 Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Wenn Ja, welche?

.....

.....

Ja Nein

Operationen?

Wenn Ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ein:

(Bitte Tabelle unten ausfüllen oder Medikamentenliste zum Termin mitbringen)

Medikament inkl. Dosierung	morgens	mittags	abends

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis für Endokrinologie, meine Daten in meiner persönlichen Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschliesslich für den internen Gebrauch meiner Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ort / Datum:.....

Unterschrift:.....