

Dr. Monica Posteuca

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naurheilverfahren, Chirotherapie, Akupunktur
Ernährungsmedizin, Betriebsmedizin, Maritime Medizin

Dr. Romeo Posteuca

Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Chirurgie Unfallchirurgie
Chirotherapie, Rettungsmedizin

Fragebogen zur Anamnese

Name:		Alter:		
Vorname:		Größe (cm):		
Beruf:		Gewicht (kg):		
Krankenkasse:				
E-Mail:		Telefon Priv.:		
Mobil:		Telefon Arbeit:		
			Ja	Nein
Liegen akute Beschwerden bei Ihnen vor?				
Wenn ja, welche?				
Besteht eine Schwangerschaft?				
Leiden oder litten Sie an einer Krankheit?				
Wenn ja, welche?				
Herzerkrankung? z.B. arterielle Hypertonie, Herzklappenfehler				
Wenn ja, welche?				
Kreislauf- und Gefäßerkrankung? z.B. pAVK				
Wenn ja, welche?				
Lungen- und Atemwegserkrankung? z.B. chronische Bronschitis, Asthma, COPD				
Wenn ja, welche?				
Abdomenkrankheiten? z.B. Magen, Duodenum, Dünn- Dickdarm, Uterus, Ovar, Adnexe, Hämorrhoiden				
Wenn ja, welche?				
Niere und Harnblasenerkrankungen? z.B. Nierensteine, Prostataadenom, Prostatakarzinom				
Wenn ja, welche?				
Stoffwechselerkrankungen? z.B. Diabetes mellitus Typ 1, Typ2, Hypoglykämie				
Wenn ja, welche?				
Schilddrüsenerkrankungen? z.B. Hypo-, Hyperthyreose, autoimmun Thyreoiditis				
Wenn ja, welche?				
Augenerkrankungen? z.B. Grauer Star, Grüner Star, chronische Konjunktivitis, Verletzungen				
Wenn ja, welche?				
Nervenleiden? z.B. Bandscheibenvorfall HWS oder LWS, CTS				
Wenn ja, welche?				
Gemütsleiden? z.B. Schlafstörungen, Depression, Psychose				
Wenn ja, welche?				
Erkrankungen des Skelettsystems? z.B. HWS-, BWS-, LWS-Syndrom, Fibromyalgie				
Wenn ja, welche?				

Fragebogen zur Anamnese

	Ja	Nein
Bluterkrankungen? z.B. Blutgerinnungsstörungen, Blutungsneigung, Anämie		
Wenn ja, welche?		

Allergien? z.B. gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Heuschnupfen, Pflaster		
Wenn ja, welche?		

Nehmen sie regelmäßig Medikamente zu sich?		
Wenn ja, welche?		

Rauchen Sie regelmäßig?		
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? (Stückzahl)		

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?		
Tragen Sie ein Hörgerät?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?		
Haben Sie Zahn- oder Gebissbeschwerden?		

Sind Sie schon mal operiert worden?					
Op.:		Datum:			
Op.:		Datum:			
Op.:		Datum:			
Op.:		Datum:			

	Ja	Nein
Sind Sie damit einverstanden, dass Ihre Befunde bei Bedarf an andere Ärzte ausgehändigt werden (Schweigepflichtsentbindung):		
Sind Sie damit einverstanden, um die Kommunikation mit Ihnen zu erleichtern, dass ein Foto von Ihnen in Ihrer elektronischen Karteikarte gespeichert wird?		
Standen Sie in den letzten 12 Monaten mindestens drei Mal mit Ihrem vorbehandelnden Hausarzt in persönlichen Kontakt?		
Wenn ja, mit welchem Hausarzt?		

Alfhausen, den _____
Unterschrift Patient