



Erstanamnese

Sehr geehrte/r Patient/in

Sehr herzlich möchte Sie unser gesamtes Team in der Hauptstr.4 willkommen heißen. Mit dem Ausfüllen dieses Bogens über Ihre persönliche Vorgeschichte helfen Sie uns weitere Abläufe reibungslos zu gestalten.

Fachärzte für
Allgemein- und
Rettenungsmedizin

NAME: _____ **geb.:** _____

Hauptstraße 4
26122 Oldenburg

Familienstand: _____ **Körpergröße:** _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Fon 0441 | 50 30 64
Fax 0441 | 50 89 02

gegenwärtige Tätigkeit:

kontakt@praxis-ol.de
www.praxis-ol.de

Bekannte Vorerkrankungen:

	Ja	Nein	Weiß nicht
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall/Lähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Allergie, Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfader Thrombose, o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostataleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- oder Wirbelsäulenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LzO Oldenburg
BLZ | 280 50 100
KTO | 164 45 09

Frühere Operationen ? Ja Nein
Wenn ja woran (wann)? _____

Medikamenteneinnahme ? Ja Nein
Welche ? _____

Nikotinkonsum Ja Nein
Letzte Impfungen nach Impfbuch:
Tetanus: _____
Polio: _____
Diphtherie: _____
Sonstige: _____

Anerkennung als Schwerbehinderter? Ja Nein Wegen? _____

Familienanamnese:

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie vorgekommen?

	Ja	Nein	weiß nicht
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind Sie mit dem Anfordern Ihrer Unterlagen vom bisherigen Hausarzt einverstanden ?

ja nein Welcher Hausarzt?: _____

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztliche Schweigepflicht.