

Anamnesebogen

zur optimierten Behandlung unserer Patienten



derma-Praxis Vest
Dr. med. C. Paschoula-Büning

Name: _____ Telefon: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Leiden Sie an einer (der folgenden) Erkrankung(en)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> KEINE | <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Krebsleiden, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Früherer Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Früherer Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tragen Sie einen <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher oder <input type="checkbox"/> Defibrillator? |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Medikamentenallergie, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | |
| <input type="checkbox"/> Gelenkrheuma | <input type="checkbox"/> Weitere Erkrankungen, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Depression | |

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

- Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten pro Tag
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja, _____ Gläser Bier/Wein/Schnaps pro Tag
- Stehen Sie unter starkem Stress? Nein Ja
- Liegt eine Schwangerschaft vor? Nein Ja, Schwangerschaftswoche _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen aufgetreten?

- KEINE Psoriasis (Schuppenflechte) Neurodermitis, Allergien Hautkrebs

Wurden bereits Hauterkrankungen bei Ihnen festgestellt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> KEINE | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis (Schuppenflechte) | <input type="checkbox"/> Allergien, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Hautkrebs, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Venenerkrankung | <input type="checkbox"/> Weitere Hauterkrankungen, welche? _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | |

Leiden Sie unter Gelenkbeschwerden? Nein Ja, welche? _____

Wie wurden bisher Ihre Hauterkrankungen behandelt?

- Salben, welche? _____ Tabletten/Spritzen, welche? _____
- UV-Therapie? UVB UVA PUVA Solebäder + UV, wie oft? _____, wie viele Monate? _____
- Operationen an der Haut? Wann? _____, Körperstelle: _____

Haben Sie die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen wahrgenommen?

- Hautkrebsvorsorge (ab 35. Lebensjahr alle 2 Jahre) Darmspiegelung (ab 55. Lebensjahr alle 10 Jahre)
- Impfungen/Reiseimpfungen Keine Vorsorgeuntersuchung/Impfung wahrgenommen

Wünschen Sie, dass Ihr Hautarzt über wichtige Behandlungen und Befunde informiert wird?

Nein Ja, Hausarzt, Adresse: _____

Wünschen Sie Informationen bzw. Erinnerungen bezüglich empfohlener Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen bzw. besonderer Behandlungen/Untersuchungen unserer Praxis? Nein Ja

Datum _____ Unterschrift des Patienten (Erziehungsberechtigten/Betreuers) _____