

Neupatient_Amnesebogen

Pat.Nr. _____ 1

**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,**

bitte füllen Sie diesen Bogen so genau wie möglich aus.
Eine optimale Behandlung basiert auf allen verfügbaren Informationen.

Familienstatus _____
Kinder _____
Beruf _____
Nationalität _____

Schwerbehinderung GdB _____
Pflegegrad / Pflegestufe _____
Häusliche Krankenpflege Ja Nein
Teilnahme am DMP (Chroniker-Programm) Ja Nein
Patientenverfügung Ja Nein
Vorsorgevollmacht Ja Nein
Betreuungsverfügung Ja Nein
Organspende-Ausweis Ja Nein

ehemaliger Haus- oder Kinderarzt _____

Größe (cm) _____ Gewicht (kg) _____

Raucher Ja Nein

Wann hatten Sie das letzte Mal:

- Check Up im Jahr _____ Noch nie
- Hautkrebsvorsorge im Jahr _____ Noch nie
- Männer-Krebsvorsorge (Abtastung) im Jahr _____ Noch nie
- Darmspiegelung im Jahr _____ Noch nie
- Stuhlbriefchen im Jahr _____ Noch nie

→ **2. Seite ausfüllen**

Allergien / Unverträglichkeiten

Operationen

bei folgenden Fachärzten in Behandlung (Fachrichtung/Name)

Welche Erkrankungen wurden bei Ihnen festgestellt?

- Hauterkrankung
 - Krebserkrankung
 - Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
 - erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride)
 - Augenerkrankung
 - Schlaganfall
 - Schilddrüsenerkrankung
 - Asthma bronchiale
 - COPD (chronische Bronchitis)
 - Lungenembolie
 - Herzerkrankung
 - Hypertonie (Bluthochdruck)
 - Magen-Darmerkrankung
 - Lebererkrankung
 - Nierenerkrankung
 - Gicht
 - Rheuma
 - Arthrose
 - Durchblutungsstörungen
 - Thrombose
 - Sonstige _____
-