

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in der Hautarztpraxis Dr. Özlem Kalkan-Deveci. Sie stellen sich heute erstmalig bei uns vor. Um Ihre Beschwerden genau einordnen zu können, ist es notwendig, dass Sie diesen Fragebogen gut durchlesen und sorgfältig ausfüllen. Ihre Angaben werden von uns elektronisch gespeichert und unterliegen dabei den strengen Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.



DR. ÖZLEM
KALKAN-DEVECİ
HAUTÄRZTIN

PATIENTIN/PATIENT

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Plz, Ort
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail
Beruf	Hausarzt/Hausärztin	

VERSICHERUNG

Name	Versicherungsnummer	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> privat versichert
Mitversichert bei		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Plz, Ort

GESUNDHEITSFragen

Grund des heutigen Arztbesuches: _____

Waren Sie zuvor wegen gleichen Beschwerden in Behandlung? ja nein

Wenn ja, wann und bei wem? _____

Welche Therapie erfolgte bisher? _____

MEDIKAMENTE

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

ALLERGIEN

Haben Sie Allergien oder leiden an einer Unverträglichkeit? ja nein

Wenn ja, welche? _____

WEITERE ANGABEN

- Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____ Seit wann? _____
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____
- Treiben Sie Sport? ja nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche? _____
- Leiden Sie an Schlafstörungen? ja nein
- Sind Sie schwanger? ja nein Wenn ja, in welchem Monat? _____

ERKRANKUNGEN/INFEKTIONEN

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Weißer Hautkrebs (Basaliom etc.) |
| <input type="checkbox"/> Schwarzer Hautkrebs (Melanom) | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis) | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE

Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte (Psoriasis) | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

VORSORGE

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja nein

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

- | | | |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Bekannte |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Zeitung | <input type="checkbox"/> Praxisschild |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Antworten und erkläre mich mit der elektronischen Speicherung und Bearbeitung meiner Daten einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift