

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, wir benötigen neben Ihren Personalien auch Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Füllen Sie deshalb den Fragebogen sorgfältig aus. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geschlecht:	Grösse:	Gewicht:
Aktuelle Beschwerden (zB. Lokalisation, Auslöser, Auftreten, Verlauf, Intensität, Dauer, lindernde oder verstärkende Faktoren)			Medikamente & Nahrungsergänzungsmittel		
			Medikament / Wirkstoff	Dosis (mg/g)	X-X-X
Vorerkrankungen & Operationen (mit Zeitpunkt der Erstdiagnose, bzw. der OP, falls möglich behandelnder Facharzt) <hr/> <hr/> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher/Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Herzkreislauf (Bluthochdruck/Schlaganfall) <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B) <input type="checkbox"/> Stoffwechsel (Diabetes, Schilddrüse) <input type="checkbox"/> Magen-/Darmkrankheiten </div> <div style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>					
Aktuelle Therapien			Allergien / Unverträglichkeiten (auch Medikamentenunverträglichkeiten)		
Genuss- & Suchtmittel Nikotin (Frequenz + Menge) _____ pro Tag Alkohol (Frequenz + Menge) _____ pro Tag weitere Drogen (Frequenz + Menge) _____			Familienanamnese Erkrankungen bei Eltern, Geschwistern, Grosseltern		

Bitte fahren Sie auf der Rückseite fort!



Tumorpatienten (Bitte nur beantworten falls Sie an einer Tumorerkrankung leiden)

Tumordiagnose(n): _____

Tumorstadium: _____

Sind Sie z.Zt tumorfrei? ja wenn nein: Primärtumor Metastasen Rezidiv

Therapien

OP	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wann? _____		
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja:	abgeschlossen <input type="checkbox"/>	nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/>	geplant <input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja:	abgeschlossen <input type="checkbox"/>	nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/>	geplant <input type="checkbox"/>
Hormontherapie	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja:	abgeschlossen <input type="checkbox"/>	nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/>	geplant <input type="checkbox"/>
Immuntherapie, welche?	_____		abgeschlossen <input type="checkbox"/>	nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/>	geplant <input type="checkbox"/>
andere, welche?	_____		abgeschlossen <input type="checkbox"/>	nicht abgeschlossen <input type="checkbox"/>	geplant <input type="checkbox"/>

Borreliose

Wurden Sie schon einmal von einer Zecke gebissen?	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja <input type="checkbox"/> wann? _____	
Wurde der Zeckenbiss der Unfall-Versicherung gemeldet?	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja <input type="checkbox"/> wann? _____	
Wurde bei Ihnen schon einmal die Diagnose einer Borrelioseinfektion gestellt?	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja <input type="checkbox"/> wann? _____	
Wurde bei Ihnen das Blut schon einmal auf eine Borrelioseinfektion getestet?	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja <input type="checkbox"/> wann? _____	Das Resultat war: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ

Therapie

Wurden Sie schon einmal wegen einer Borrelioseinfektion behandelt?	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja <input type="checkbox"/> wann? _____	
Welcher Art war die Therapie?	<input type="checkbox"/> Antibiotika	welche? _____	
	<input type="checkbox"/> Andere	welche? _____	

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihres Gesundheitszustandes oder Änderungen Ihrer Medikation unaufgefordert mit.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____