

Gesundheitszentrum Velbert-Birth

Dr. Muhammad Bakhtawar Khan

Facharzt für Innere Medizin/Diabetologie /Ernährungsmedizin

Birther Str. 2b-c, 42549 Velbert

Tel.: 02051-4231490, Fax: 02051-4231491

E-Mail: info@gesundheitszentrum-birth.de

www.gesundheitszentrum-birth.de



Anamnesebogen

Herzlich willkommen im Gesundheitszentrum Velbert-Birth. Bevor wir uns in Ruhe über Ihre gesundheitlichen Beschwerden unterhalten, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Wir benötigen diese Informationen, um Sie erfolgreich behandeln zu können.

.....

Name	Vorname	Geb.-Datum	
.....			
Straße	Hausnr.	PLZ	Wohnort
Telefon	E-Mail.....		
Krankenkasse.....		Beruf.....	
Größe in cm	Gewicht in kg.....		
Im Notfall zu benachrichtigen:			

Welche aktuellen Beschwerden führen Sie zu uns?

.....

Wie ernähren Sie sich? Normal Vegetarisch Vegan Fast Food
Trinken Sie Alkohol? Keinen selten >2x/Woche täglich
Rauchen Sie? ja/ nein Wenn ja, wie viel am Tag? ____ Seit wann?.....
Schnarchen Sie ja/ nein Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt? ja/ nein
Treiben Sie Sport? ja/ nein Wenn ja, welchen und wie oft?.....
Haben Sie Haustiere? ja/ nein Wenn ja, welche?.....
Sind Sie schwanger? ja / nein Trinken Sie Kaffee? keinen / Tassen/Tag

Neigen Sie zu

<input type="checkbox"/> Leistungsminderung	<input type="checkbox"/> Traurigkeit	<input type="checkbox"/> Herzstolpern	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Schwindel		
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit	

Gesundheitszentrum Velbert-Birth

Dr. Muhammad Bakhtawar Khan

Facharzt für Innere Medizin/Diabetologie /Ernährungsmedizin

Birther Str. 2b-c,42549 Velbert

Tel.: 02051-4231490, Fax: 02051-4231491

E-Mail: info@gesundheitszentrum-birth.de

www.gesundheitszentrum-birth.de



Haben Sie Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie ?

ja/ nein Wenn ja, welche?

.....

Sind bei Ihnen Allergien oder Unverträglichkeiten bekannt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Keine | |
| <input type="checkbox"/> gegen Jod | <input type="checkbox"/> Pollenallergie |
| <input type="checkbox"/> gegen Penicillin | <input type="checkbox"/> gegen Antibiotika |
| <input type="checkbox"/> gegen andere Medikamente | <input type="checkbox"/> gegen Kontrastmittel |
| <input type="checkbox"/> gegen Betäubungsmittel (z.B. Xylocain) | <input type="checkbox"/> gegen Pflaster |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie | <input type="checkbox"/> Insektengiftallergie |
| <input type="checkbox"/> Andere Allergien | |

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Rheuma <input type="checkbox"/> Gicht |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Dialyse |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Magengeschwür |
| <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Gemütsstörungen | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen / Infektionen?

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Masern | |
| <input type="checkbox"/> Andere Infektiöse Erkrankungen | | |
| <input type="checkbox"/> Berufserkrankungen | Sonstige: | |
-

Gesundheitszentrum Velbert-Birth

Dr. Muhammad Bakhtawar Khan

Facharzt für Innere Medizin/Diabetologie /Ernährungsmedizin

Birther Str. 2b-c,42549 Velbert

Tel.: 02051-4231490, Fax: 02051-4231491

E-Mail: info@gesundheitszentrum-birth.de

www.gesundheitszentrum-birth.de



Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein (inkl. Vitamine und andere Nahrungsergänzungstoffe)? ja/ nein Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben)

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Wann war Ihre letzte Gesundheits- / Krebsvorsorge?

Welche Impfungen erfolgten zuletzt? (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich mit Jahreszahl)

Kontakt zu unserer Praxis / Empfehlung durch:

- Arzt Verwandte / Bekannte Telefonbuch Zeitung Internet Praxisschild
Sonstiges

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum

Unterschrift