

**Patienten-  
Stammblatt/Anamnese**

*Intern. Gemeinschaftspraxis  
Schloßmühlendamm,  
Dres.Faak,Förster,Vellguth*

1.1.2 (2) Dok 4

Name, Vorname	geb. am:
Telefon-/Mobil-Nummer/ E-Mail:	ggf. Pflegegrad (1-5): ggf. Schwerbehindertenausweis (wie viel %):
Name und Kontaktnummer der nächsten Vertrauensperson:	verheiratet <input type="checkbox"/> , verwitwet <input type="checkbox"/> ,in Partnerschaft <input type="checkbox"/> oder allein lebend <input type="checkbox"/> Kinder (Geburtsjahre): Beruf:
Hausarzt:	ggf. zu informierender Facharzt:
Körpergröße in cm: Körpergewicht in kg: Allergien: Port: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Raucher/-in: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - ggf. wie viele Zigaretten/Tag: Alkoholkonsum: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> - ggf. wie oft / Woche:

**Beschreiben Sie Ihre aktuellen körperlichen und seelischen Symptome (bitte ankreuzen):**

- Körperliche Schwäche
- Schmerzen/Taubheit, ggf. wo und wann (Tageszeit):
- Gewichtsverlust , ggf. wie viel und in welchem Zeitraum:
- Appetitlosigkeit/ Übelkeit
- Verdauungsstörungen, ggf welche:
- Schlafstörungen
- Unruhe / Angst
- Weitere Symptome:

**Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen ( wenn ja, bitte ankreuzen und Zeitangabe seit wann):**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Krebs- oder Bluterkrankung, welche, seit wann:</li> <li><input type="radio"/> Bluthochdruck, seit wann:</li> <li><input type="radio"/> Herzinfarkt, wann:</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Thrombose, wann und wo</li> <li><input type="radio"/> Blutungsneigung</li> <li><input type="radio"/> Nervenerkrankung, (welche seit wann):</li> </ul> |
|---|--|

**Patienten-  
Stammblatt/Anamnese**

Ziel 2 (Kernziel)

*Intern. Gemeinschaftspraxis  
Schloßmühlendamm,  
Dres.Faak,Förster,Vellguth*

1.1.2 (2) Dok 4

<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Schlaganfall, wann     ggf.Lähmung (Körperseite):</li><li><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit, seit wann:</li><li><input type="checkbox"/> Lungen-/Atemwegserkrankungen, seit     wann<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Asthma</li><li><input type="checkbox"/> COPD</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Leber-/ Nierenerkrankungen (welche,     seit wann):</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ggf. Krampfanfallsleiden seit:</li><li><input type="checkbox"/> Sehschwäche, seit</li><li><input type="checkbox"/> Infektionskrankheit (welche, seit wann):<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Besiedelung Multiresistenter Keim:</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Hauterkrankung (welche, seit wann):</li><li><input type="checkbox"/> Gelenkerkrankung (welche, seit wann):</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> weitere Erkrankungen (welche,seit wann):</li></ul>	

**Frühere OPs (welche und ca. in welchem Jahr):**

**Hatten Eltern oder Geschwister bösartige (Krebs-)Erkrankungen:**

**Medikamente (Name, genaue Dosis und wie oft am Tag):**

**Weitere Informationen oder Wünsche:**

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit