

MVZ LueneDoc

Dr. med. Thomas Buller

Facharzt für Innere Medizin / Rettungsmedizin

Dr. med. Joachim Schenck

Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie

Dr. med. Michaela Buller

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Konrad Zimmermann

Dr. med. Reiner Mahlke

Fachärzte für Innere Medizin / Gastroenterologie

Gravenhorststr. 23

21335 Lüneburg

Tel: 04131 – 799540

Fax: 04131 – 7995422

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name

Geburtsdatum

Telefonnummer

Adresse

E-Mail

Pflege / Vollmachten

Pflegegrad ja nein

Betreuung ja nein

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Medizinische Daten / Krankheitsgeschichte

Größe cm

Gewicht kg

Gewichtsverlauf in den letzten Monaten

konstant zugenommen abgenommen gewollt ja nein

Allergien nein ja

Intoleranzen nein ja

Ernährung Vollkost vegetarisch vegan andere

Trinken Sie Alkohol? ja, gelegentlich ja, regelmäßig nein

Rauchen Sie? nein ja seit ca Zig./Tag

Schwerbehinderung nein ja Grad

Hörhilfe nein ja

Sehhilfe nein ja

Zahnprothese nein ja

MVZ LueneDoc

Dr. med. Thomas Buller

Facharzt für Innere Medizin / Rettungsmedizin

Dr. med. Joachim Schenck

Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie

Dr. med. Michaela Buller

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Dr. med. Konrad Zimmermann

Dr. med. Reiner Mahlke

Fachärzte für Innere Medizin / Gastroenterologie

Gravenhorststr. 23

21335 Lüneburg

Tel: 04131 – 799540

Fax: 04131 – 7995422

Name

Schrittmacher

nein

ja, seit

Port

nein

ja, seit

Stent

nein

ja, seit

Dialyse

nein

ja,

x pro Woche

Stoma

nein

ja

Stuhlgang

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?

nein

ja

Auffälligkeiten in der Farbe?

nein

ja

Vermeehrt Durchfälle oder Verstopfungen?

nein

ja

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

Auch „Antibabypille“ und Vitaminpräparate oder Nahrungsergänzungsmittel

Medikament

Dosierung

Einnahme seit

| Medikament | Dosierung | Einnahme seit |
|------------|-----------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Hatten Sie schon mal eine Magenspiegelung?

nein

ja

zuletzt:

Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung?

nein

ja

zuletzt:

Gehen Sie regelmäßig zum Urologen? (Männer)

nein

ja

zuletzt:

Gehen sie regelmäßig zum Gynäkologen? (Frauen)

nein

ja

zuletzt:

Fühlen Sie sich emotional belastet oder gestresst?

nein

ja

Waren Sie schon mal in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?

nein

ja

Sonstige Anmerkungen / Beschwerden

MVZ LueneDoc

Dr. med. Thomas Buller
Facharzt für Innere Medizin / Rettungsmedizin
Dr. med. Joachim Schenck
Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie
Dr. med. Michaela Buller
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Dr. med. Konrad Zimmermann
Dr. med. Reiner Mahlke
Fachärzte für Innere Medizin / Gastroenterologie

Gravenhorststr. 23
21335 Lüneburg
Tel: 04131 – 799540
Fax: 04131 – 7995422

Name _____

Vorerkrankungen / Familienanamnese

| Erkrankung | Eigene Erkrankung | In der Familie / Wer? |
|---|---|--|
| Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Koronare Herzkrankheit (Bypässe, Stent, Herzinfarkt) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Durchblutungsstörungen, Verschlusskrankheiten (pAVK) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Schlaganfall (Apoplex) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Fettstoffwechselstörungen, hohe Cholesterinwerte (Hyperlipidämie) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Nierenkrankheiten, Dialyse | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Lungenkrankheiten (Asthma, chronische Bronchitis) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Bösartige Erkrankungen (Krebs) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Thrombosen, Embolien | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Demenz, Alzheimer | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Migräne, chronische Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Lebererkrankungen (Hepatitis, Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Rheumatische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |
| Hautkrankheiten (Neurodermitis, Schuppenflechte) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____ |