|  |  |
| --- | --- |
| MVZ Fachbereich Athleticum |  |
| Anamnesebogen |  |

1. Persönliche Daten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name**: | | Vorname: |
| Geburtsdatum: | | Beruf: |
| Größe: | | Gewicht: |
| Telefon: | | E-Mail: |
| Möchten Sie den E-Mail-Newsletter des UKE Athleticum abbonieren? | | □ ja □ nein |
| Sind Sie Reiter? Wenn ja, interessieren Sie sich für unsere Hepatitis E Studie? | | □ ja □ nein |
| □ Selbstzahler | □ private Versicherung | Name der Versicherung: |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? | |  |
| □ Internet | □ Freunde/Bekannte | □ andere: |

2. Aktuelle Beschwerden

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie zurzeit **Beschwerden**? | □ ja □ nein |
| Falls ja, welche, seit wann und bisherige Diagnostik und Therapie:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |

3. Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel/Hilfsmittel

Wie ernähren Sie sich? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tragen Sie Einlagen?** □ ja □ nein

Wenn ja, wann fand die letzte Einlagenversorgung statt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name **Präparat** | Einnahme (seit wann) | Dosierung |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. Krankenanamnese

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a) Haben Sie eine **chronische Erkrankung** (z.B. Diabetes, Schilddrüsenstörung, Asthma, Krebs, Bluthochdruck)? | | | | | |
| □ nein □ ja, folgende: | | | | | |
| b) Bestehen **Allergien** bzw. **Unverträglichkeiten** (z.B. Heuschnupfen, Tierhaare, Medikamente, Lebensmittel)?  □ nein □ ja, gegen: | | | | | |
| c) Welche **Erkrankungen** hatten Sie **früher** (Kinderkrankheiten, Knochenbrüche, **Operationen, wenn ja welcher Monat, welches Jahr**)? | | |  | | |
|  | | | | | |
| d) | Leiden Sie gehäuft unter **Infekten**? (> 5 grippale Infekte/Magen-Darm-Infekte pro Jahr) | | □ ja □ nein | | |
| e) | Gibt es Auffälligkeiten bei **Stuhlgang** oder **Wasserlassen**? | | □ ja □ nein | | |
| f) | **Schlafen** Sie normal? | | □ ja □ nein | | |
| g) | Ist Ihr **Gewicht** konstant? | | □ ja □ nein | | |
| h) | Ist Ihr **Impfstatus** aktuell? | | □ ja □ nein | | |
|  | **Rauchen** Sie? □ nein □ ja, seit \_\_\_\_ Jahren, aktuell ca. \_\_\_\_ Zigaretten pro Tag | |  | | |
| j) | Trinken Sie **Alkohol**? □ nein □ selten □ gelegentlich □ häufig □ täglich | |  | | |
| k) | Haben Sie bereits **Vorsorge-/Sportmedizinische Untersuchungen** wahrgenommen? | |  | | |
|  | □ nein □ ja, wo und wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | |
| l) | Sind bei **Großeltern, Eltern oder Geschwistern** folgende Erkrankungen aufgetreten: Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Gehirnschlag, Diabetes mellitus, Rheuma, Gicht, Krebserkrankungen, genetische Krankheiten  □ nein □ ja: bei wem und welche Erkrankung? | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 5. Sportliche Betätigung | | | | | | **Sportart** | Zeitraum (seit wann) | Trainingseinheiten pro Woche | Trainingsstunden pro Woche | Wettkämpfe (ja/nein) | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | | |
| 6. Nur für Frauen | | | |
| a) Erste/letzte **Regelblutung** im Alter von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahren  b) **Verhütungsmethode**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Zyklus: □ regelmäßig □ unregelmäßig Zyklusdauer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| c)Anzahl **Schwangerschaften***:* \_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl **Kinder**: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | |