



INTERNISTIN | DIABETOLOGIN
SEIT 2023: AUSSCHLIESSLICH ONLINE KONSULTATIONEN
Termin-Vereinbarung per Mail oder Telefon erforderlich
MOBIL: 0172.172 36 11
E-MAIL: drelkeaustenat@gmail.com

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE (ANAMNESE)

Name (Nachname, Vorname, Titel)

Geburtsdatum / Geburtsort

Wohnanschrift (PLZ, Stadt, Straße, Hausnummer)

Telefon-Nummer

Krankenkasse

Datum

Gute Medizin ist keine Quizsendung, sondern ein Teamwork zwischen Arzt und Erkranktem. Nicht vergessen, der Arzt steht unter Schweigepflicht, sofern das Allgemeinwohl nicht gefährdet ist.

Er soll Ihnen die dem Stand der Erkenntnisse entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen offerieren und hilfreich zur Seite stehen, Ihre Krankheiten besser zu managen. Das bedeutet nicht, daraus zu schlussfolgern, dass Ihre Krankenkasse den Stand der Erkenntnisse auch bezahlt. Dies nur nebenbei als kleine Anmerkung.

Um als Arzt bestehende Krankheitszeichen und Krankheiten, auch gutachterlich fundamentiert zu beurteilen, eine gezielte Diagnostik und Behandlung einleiten oder anbieten zu können, ist Ihre Mitarbeit notwendigerweise eine Grundvoraussetzung.

Bitte beantworten Sie daher ausführlich die nachfolgenden Fragen zu Ihren bisherigen und aktuellen Erkrankungen, Medikamenteneinnahmen und zu Ihrem sozialen Status und die sich daraus ergebenden Belastungen.

Gab oder gibt es in Ihrer Familie 1. Grades chronische Erkrankungen? (z.B. Diabetes mellitus); wenn ja beim wem?

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern Scharlach Keuchhusten Windpocken Röteln Diphtherie

Halten Sie eine Diät ein und wenn ja welche?

Diabetes glutenfrei laktosefrei Nierendiät vegan andere _____

Sozialerhebung

Familienstand verheiratet/Partnerschaft verwitwet ledig allein lebend ja nein

Erlerner Beruf _____ jetzige Tätigkeit _____

Berufliche Belastung? ja nein wenn ja welche? _____

Familiäre Belastungen? ja nein wenn ja welche? _____

Welche Beschwerden belasten Sie zur Zeit?

Allgemeine Angaben

Wie ist Ihr Appetit? Normal groß Neigung Heißhunger schlecht

Körpergewicht in den letzten 3 Monaten? Konstant Zunahme Abnahme wieviel? _____ Kg

Wie ist Ihr Stuhlgang? Normal eher Verstopfung eher Durchfall wie oft am Tag? _____

Leiden Sie unter Übelkeit? Nein ja

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Nein ja migräneartig wenn ja, wie oft? _____

Müssen Sie nachts Wasserlassen? Nein ja wenn ja, wie oft _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? Nein Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Trinken Sie Alkohol? Nein ja welche Mengen wann? (z.B. tgl.) Was? _____

Rauchen Sie? Nein ja wieviel am Tag? _____ Was? _____

Nehmen Sie Drogen? Nein ja was und wieviel? _____

Messen Sie selbst den Blutdruck? Nein ja Höhe von _____ bis _____ (z.B. 135/80 mmHg)

Für Frauen

Menstruation mit wieviel Jahren? _____ regelmäßig ja nein Menopause seit? _____

Anzahl Geburten? _____ Fehlgeburten nein ja wenn ja, wieviel? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja bitte nachfolgend eintragen

Name des Medikament	Stärke	Dosierung (Anzahl)			
		mrgs.	mittgs.	abds.	z.N.
	z.B. 1000 mg				

Hinweis: sofern bei Ihnen ein Diabetes mellitus vorliegt, füllen Sie bitte das Formblatt „Aktuelle Diabetes-therapie“ zusätzlich gesondert aus. Danke



INTERNISTIN | DIABETOLOGIN

SEIT 2023: AUSSCHLISSLICH ONLINE KONSULTATIONEN

Termin-Vereinbarung per Mail oder Telefon erforderlich

MOBIL: 0172.172 36 11

E-MAIL: drelkeaustenat@gmail.com

Welche Ärzte behandeln Sie zur Zeit? (bitte Name, Fachrichtung und Adresse angeben)

Name	Fachrichtung	Adresse (PLZ, Straße, Haus-Nr.)

Soll Ihren behandelnden Ärzten nach Rücksprache (auch telefonisch) Auskunft erteilt werden?

Ja, allen. Ich bin damit einverstanden Nein, keinem nur nach Rücksprache mit mir

Welcher Arzt darf keine Auskunft oder nur nach Rücksprache mit Ihnen erhalten?

Name des Arztes bitte eintragen inklusive Fachrichtung und bitte auch die Telefonnummer

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass nachfolgende Personen Auskunft über mich einholen können:

Angehöriger / mein persönlich Vertrauter (bitte namentlich eintragen)

Name, Vorname, Titel

Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Name, Vorname, Titel

Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Ich habe eine Patientenverfügung abgeschlossen

Meinem Berechtigten/ Bevollmächtigten ist Auskunft zu erteilen

Name, Vorname, Titel

Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Organspende

Ich stehe für eine Organspende zur Verfügung ich stehe für **keine Organspende** zur Verfügung

Hinweis: Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtsentbindungen und Bevollmächtigungen / Auskunftsberechtigungen jederzeit schriftlich widerrufen oder abändern kann.

Ort/ Datum

Unterschrift (Auftraggeber) voller Name in Druckbuchstaben
bitte weiter auf Seite 4

