



INTERNISTIN | DIABETOLOGIN
VERKEHRSMEDIZINISCHER GUTACHTER DER ÄRZTEKAMMER BERLIN
 Koenigsallee 52, 14193 Berlin
 MOBIL: 0172.172 36 11
 E-MAIL: drelke austenat@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 richtig zu werten, 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
VERKEHRSMEDIZINISCHER GUTACHTER DER ÄRZTEKAMMER BERLIN
 Koenigsallee 52, 14193 Berlin
 MOBIL: 0172.172 36 11
 E-MAIL: drelke austenat@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



INTERNISTIN | DIABETOLOGIN
VERKEHRSMEDIZINISCHER GUTACHTER DER ÄRZTEKAMMER BERLIN
Koenigsallee 52, 14193 Berlin
MOBIL: 0172.172 36 11
E-MAIL:drelkeausenat@gmail.com

Welche schweren oder chronischen Erkrankungen und Operationen haben oder hatten Sie im Laufe Ihres Lebens?

Hinweis: wenn möglich in zeitlicher Reihenfolge mit Jahreszahl auflisten

Name der Krankheit	im Alter von ?Jahren	wann festge- stellt (Jahr)	Ihre Notizen

Ort/ Datum

Unterschrift (Auftraggeber) voller Name in Druckbuchstaben