 Dr. med. Thorsten Grebe <i>Facharzt für HNO und Allergologie</i>	Patienten- Anamnesebogen	1. Patientenversorgung
		<i>1.2 Untersuchung und Diagnostik</i>
		<i>1.2.1 Dok</i>

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift.

Patient: _____
 Name(surname) Vorname(first name) Geb. Datum(date of birth)

Anschrift _____
 Straße(street) Hausnummer(number) Postleitzahl(postcode) Wohnort(residence)

Tel.: _____
 Privat(home) Handy(mobil)

Wer füllt den Fragebogen aus(Who answers)?

- der Pat. selbst(Patient himself) Mutter(Mother) Vater(Father)
 Sonstiger(other) (wer(Who)? _____)

Bei Patientinnen:

Besteht eine mögliche Schwangerschaft(Pregnancy)? ja nein

Größe(Height): _____ **cm** **Gewicht(Mass):** _____ **kg**

Rauchen(Smoking) Sie? ja(yes) nein(no) aufgehört(quit)
 Wenn ja, wie viel am Tag(How many per day)? ____ Seit wann(since when)? _____

Operationen (HNO/ENT)? ja(yes) nein(no) Wenn ja, welche(if yes, which): _____

Allergien? ja(yes) nein(no) **Wenn ja,** welche(if yes, which) _____


Wie viele Infekte (z. B. Erkältung, Ohren- bzw. Mandelentzündungen) **hatten Sie in den letzten 12 Monaten(How many infections last 12 month)?** _____

Tragen Sie Hörgeräte(Hearing aid)? nein(no) eins(one) zwei(two)
 seit(since) _____ verordnet durch (given by)

Dr.: _____ Akustiker _____

Bitte wenden(Please turn the page)!



 Dr. med. Thorsten Grebe Facharzt für HNO und Allergologie	Patienten- Anamnesebogen	1. Patientenversorgung
		<i>1.2 Untersuchung und Diagnostik</i>
		<i>1.2.1 Dok</i>

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?			
Bluthochdruck(Bloodpressure)	<input type="checkbox"/>	Herzerkrankung(Heart dis.)	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung(Liverdisease)	<input type="checkbox"/>	Schilddr.erkr.(Thyroid dis.)	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung(Cancer)	<input type="checkbox"/>	Hauterkrankung(Skin dis.)	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankung(Vascular dis.)	<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung(Kidneydis.)	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>
Migräne(Migraine)	<input type="checkbox"/>	Gemütserkr.(Emotionally dis.)	<input type="checkbox"/>
Augenerkrankung(Eye dis.)	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/ HIV	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erkrankungen:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente(regularly drugs)?		Leiden Sie an Medikamentenunverträglichkeiten(Drug incompatibility)?	
Ja(yes) <input type="checkbox"/> Nein(no) <input type="checkbox"/>		Ja(yes) <input type="checkbox"/> Nein(no) <input type="checkbox"/>	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
Leiden Sie unter Schlafstörungen?(Any sleep disorders?)		Nehmen Sie Allergietabletten? Wenn ja welche und wie lang ist die letzte Einnahme her?(Took any allergy tablets?)	
Ja(yes) <input type="checkbox"/> Nein(no) <input type="checkbox"/>		Ja(yes) <input type="checkbox"/> Nein(no) <input type="checkbox"/>	
Schnarchen Sie(Are you snoring?)?		Haben Sie Zuhause ein Beatmungsgerät für die Nacht?(nCPAP)(Ventilator at night?)	
Ja(yes) <input type="checkbox"/> Nein(no) <input type="checkbox"/>		Ja(yes) <input type="checkbox"/> Nein(no) <input type="checkbox"/>	

Einverständniserklärung Informationsweitergabe

- Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Hausärzte übermittelt werden.(We are allowed to contact your general physician or insurance)

Ort, Datum

(Unterschrift)

Bitte geben Sie die genaue Adresse Ihres Hausarztes an, sofern dieser einen Bericht erhalten soll(Name and adress of your general physician):

(Name)

(Straße, Nr.)

(PLZ)

(Ort)