

Stammdatenblatt



Krankenkasse/Zusatz: _____		Geburtsdatum: _____	
Name, Vorname: _____			
PLZ, Wohnort: _____			
Straße, Hausnummer: _____			
Berufliche Tätigkeit: _____			
		Telefon: _____	
		e-Mail: _____	
<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung		<input type="checkbox"/> Nachuntersuchung	
		Letzte Untersuchung: _____	

Anamnese

Aktuelle Beschwerden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Beschwerden am Arbeitsplatz:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Unfälle /Operationen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Beschwerden am Bewegungsapparat: <small>(z. B. Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule, Schultern, Bandscheibenvorfall)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Bluttransfusionen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann: _____
Infektionserkrankungen: <small>(z. B. Hepatitis (Gelbsucht), Tuberkulose)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Immunschwäche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Tropenkrankheiten / Aufenthalt in südlichen Ländern:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Herz-/Kreislaufkrankungen <small>(z.B. Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Angina pectoris bei koronarer Herzkrankheit, Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Kurzatmigkeit):</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Erkrankung der Atmungsorgane: <small>(z. B. Husten, Auswurf)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Erkrankung der Haut:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Allergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Erkrankung des Verdauungstraktes <small>(z. B. Magen, Darm, Leber, Galle)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
vegetative Beschwerden <small>(z. B. Schlaf, Nachtschweiß, Appetit, Wasserlassen, Stuhlgang)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja; welche: _____
Neurologische Störungen: <small>(z. B. Gleichgewicht, Schwindel, Lähmungen, Bewusstseinsstörungen, Parkinson, Epilepsie, Hirnerkrankungen, Multiple Sklerose)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Stoffwechselerkrankungen: <small>(z. B. Diabetes mellitus, Schilddrüsenfunktionsstörung,...)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Psychische Beschwerden: <small>(z. B. Depression, Schizophrenie, hirngorg. Psychosyndrom, Demenz)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Zahnerkrankungen, Zahnfüllungen:		
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viel: pro Tag / Woche / Monat
Drogenkonsum:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Raucher:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wie viel: pro Tag / Woche / Monat
Dauerbehandlung mit Medikamenten <small>(insb. Cortison, Immunsuppressiva, Zytostatika):</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Besteht derzeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wievielte Woche: _____

Alle Angaben habe ich vollständig und nach bestem Wissen gemacht. Ich wurde über die Risiken einer invasiven und nicht invasiven Behandlung aufgeklärt. Ich habe keine weitere Fragen und bin mit der Untersuchung (ggf. Blutabnahme) und Behandlung

- einverstanden.
 nicht einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Stammdatenblatt

