

Anamnese Fragebogen

Name

Vorname

.....

Geburtsdatum

Telefon/Mobil/E-Mail

.....

Straße

PLZ/Ort

.....

Hausarzt

Versicherung/Nr.

.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben nun vier Möglichkeiten.

1. Sie können den Anamnesebogen komplett ausfüllen und im ersten Gespräch gehen wir diesen zusammen durch.
2. Sie können den Anamnesebogen komplett ausfüllen und uns an info-oo@gmx.de schicken, damit wir vor dem ersten Gespräch einen ersten Eindruck bekommen.
3. Sie können auch nur Ihre direkten Wünsche oder Probleme aufschreiben, dafür haben Sie auf der letzten Seite Platz.

Bringen Sie den Anamnesebogen bitte zu Ihrem ersten Termin mit.

4. Sie schreiben gar nichts auf und wir besprechen alles persönlich

Unter welchen Beschwerden leiden Sie?

	Ja	Nein
Psychische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautirritationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ileus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kognitive Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung der Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphstau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mukositis/Mukosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Harn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreislaufprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme mit den Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen oder haben Sie

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutverdünner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, wo und was für welche?

.....

Künstliche Gelenke

Falls ja, wo und was für welche?

.....

Leiden Sie unter weiteren Beschwerden?

.....
.....
.....
.....
.....

Was machen Sie selbst, um Ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen?

.....
.....
.....

Treiben Sie Sport?

Ja, seit Nein

Was

Wie ist Ihre Ernährungsweise

.....

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (z.B. Vegan)

.....

Wie viel trinken Sie pro Tag und was trinken Sie?

.....

Sind oder waren Sie in onkologischer Behandlung?

Nein Ja, von Bis

Bringen Sie bitte eine Auflistung Ihrer Chemo- Antikörper- oder Hormontherapie zu Ihrem nächsten Termin mit.

Bringen Sie bitte eine Liste aller **Medikamente** und **Nahrungsergänzungsmittel** mit, welche Sie derzeit einnehmen. Geben Sie bitte genau an, was, wie viel, wann und wofür Sie etwas zu sich nehmen.

Bringen Sie bitte eine Auflistung aller Ihrer bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie hatten, mit. Auf der Rückseite haben Sie Platz für Anmerkungen und ihre Auflistung.

Vielen Dank das Sie sich die Zeit genommen haben. Bei Ihrem nächsten Termin gehen wir Ihren Anamnese Bogen Zusammen durch und besprechen alles Weitere.

Die Onko Oase wünscht Ihnen alles Gute.

Auflistung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....