

In der Notaufnahme: Das Anmeldeformular

Bevor ein Arzt mich untersucht, muss ich mich anmelden.

Für die Anmeldung brauche ich die Gesundheitskarte meiner Krankenversicherung.



Ich bekomme ein Anmeldeformular mit vielen verschiedenen Fragen.

Hier ist eine Erklärung zu besonders wichtigen Fragen.

Anamnesebogen

Patient

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Anschrift

Straße _____ Hausnummer _____ Postleitzahl _____

Wohnort _____

Tel. (Privat) _____ E-Mail _____

Tel. (Mobil) _____ Tel. (Büro) _____

(vorheriger) Beruf / Tätigkeit / Betrieb _____ Größe _____ Gewicht _____

Nächster Angehöriger?

Name _____ Vorname _____ Telefonnummer _____

Trinken Sie Kaffee? keinen < 3 Tassen/Tag > 3 Tassen/Tag

Trinken Sie Alkohol? keinen selten > 2/Woche täglich

Rauchen Sie? ja nein aufgehört wenn ja, wie viel am Tag? _____
seit wann? _____

Schnarchen Sie? ja nein

Sind nächtliche Atemaussetzer bekannt? ja nein

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welchen und wie oft? _____

Leiden Sie unter Schlafstörungen? ja nein

Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche? _____

Operationen / Bestrahlung / Chemotherapie? ja nein

Wenn ja, welche (wenn möglich bitte mit Jahreszahl): _____

Ich bin der Patient / die Patientin.
Hier stehen mein Name und meine
Anschrift / Adresse.

Hier steht, wer im Notfall informiert werden
soll, z. B. mein Mann / meine Frau oder meine
Eltern / meine Kinder.

Hier gebe ich Informationen über mich:



Allergien? ja nein Wenn ja, welche: _____

Sind Sie schwanger? ja nein Geburten/Kinder: _____

Kinderwunsch: ja nein

Sind Sie ledig verheiratet in einer Beziehung verwitwet

Waren Sie in den letzten 12 Monaten außerhalb der EU auf Reisen?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- Bluthochdruck Thrombose Herzinfarkt Schlaganfall Diabetes
- Lebererkrankung Nierenerkrankungen Asthma bronchiale COPD
- Tuberkulose Gemütskrankheiten Schilddrüsenerkr. Reizdarm
- Krampfanfälle Blutungsneigung Migräne HIV Osteoporose
- Krebserkrankungen Glaukom Hepatitis

Sonstige: _____

Traten in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen auf?

- Bluthochdruck Gallen-/Nieren-/Blasensteine Schlaganfall
- Herzinfarkt Allergien Diabetes mellitus Asthma bronchiale
- COPD Thrombose
- Krebserkrankungen, wenn ja welcher? _____

Sonstige: _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (z.B. Pille, ASS, Marcumar; bitte auch Augentropfen, Sprays und Inhalationsmittel angeben):

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	bei Bedarf

Wann war Ihre letzte gynäkologische/ urologische Vorsorgeuntersuchung?

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung? ja nein

zuletzt? _____ (Monat/Jahr)

Welche Impfung(en) erfolgte(n) zuletzt? (z.B. Tetanus, Diphtherie, Polio; wenn möglich bitte mit Jahreszahl) _____

Hier gebe ich weitere Informationen über mich:



Hier gebe ich meine Krankheiten an.

Hier gebe ich Krankheiten meiner Eltern, Geschwister und Großeltern an.

Hier gebe ich an, ob ich Medizin nehme. Ich sage, was ich nehme und wie oft.



Hier stehen Fragen zu früheren Untersuchungen.



Einfach loslesen! Hilfe, Notruf!

Vorheriger Hausarzt: _____

Patientenverfügung vorhanden? ja nein; Behinderung: _____ GdB;

Pflegestufe: 0 / 1 / 2 / 3 Hilfsmittel: _____

Datum _____ Unterschrift _____

Hier muss ich unterschreiben.

