

Практика Friederike Schönbург-Liedtke

Анкета анамнеза

Личные данные (Persönliche Daten)

Фамилия, имя: _____

Дата рождения: _____

Пол: ☐ мужской ☐ женский ☐ другое

Рост: _____ cm Вес: _____ kg

Лекарства: _____

Аллергии: _____

Профессия: _____

E-mail _____

Родной язык :

Образ жизни (Lebensgewohnheiten)

Курение: ☐ нет ☐ да, количество: _____ в день Стаж: _____ лет

Употребление наркотиков: ☐ нет ☐ да

Алкоголь: ☐ нет ☐ да, количество: _____ напиток: _____

Сопутствующие заболевания — отметьте подходящее (Vorerkrankungen (bitte Zutreffendes ankreuzen))

- ☐ Артериальная гипертензия
- ☐ Сахарный диабет
- ☐ Заболевания глаз
- ☐ Заболевания почек
- ☐ Заболевания щитовидной железы
- ☐ Заболевания лёгких
- ☐ Судорожные приступы (например, эпилепсия)

- ☐ Другое: _____
- Операции и онкологические заболевания (OP und Krebserkrankungen)

Семейный анамнез (Familienanamnese)

- ☐ Онкологические заболевания
- ☐ Сахарный диабет
- ☐ Артериальная гипертензия
- ☐ Инсульт
- ☐ Инфаркт миокарда
- ☐ Заболевания лёгких
- ☐ Остеопороз
- ☐ Повышенные жиры/липиды в крови
- ☐ Психические заболевания

Психическое здоровье (Psychische Gesundheit)

- ☐ Депрессия
- ☐ Тревожные расстройства
- ☐ Панические атаки
- ☐ Пограничное расстройство личности
- ☐ Длительная подавленность
- ☐ Снижение мотивации / энергии
- ☐ Избегание социальных контактов

Боль (Schmerzen)

Часть(и) тела: _____

Интенсивность (0 = нет боли, 10 = самая сильная воображимая боль):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Характер — отметьте подходящее:

- ☐ Колющая
- ☐ Тупая
- ☐ Иррадиирующая
- ☐ Волнообразная
- ☐ При движении
- ☐ В покое
- ☐ Тянущая

Для женщин (Für Frauen)

Нет детей: ☐ да ☐ нет

Дети: количество: _____

Беременности: количество: _____

Прерывание беременности: количество: _____

Выкидыши: количество: _____

Осложнения беременности:

- ☐ Преждевременные роды
- ☐ Мертворождение
- ☐ Высокое давление во время беременности
- ☐ Гестационный диабет
- ☐ Многоплодная беременность

Менопауза: ☐ да ☐ нет

Эндометриоз: ☐ да ☐ нет ☐ неясно

Менструальные боли: ☐ да ☐ нет

Питание (Ernährung)

- ☐ Всеядный/ая
- ☐ Вегетарианское
- ☐ Веганское
- ☐ Другое: _____

Заметки врача (Arztvermerke)

Подпись пациента/пациентки: _____

Дата: _____