UNIKLINIK
KÖLN

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anamnesebogen der Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Poliklinik. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit.
Bitte bringen Sie den Anamnesebogen ausgefüllt und ausgedruckt zu Ihrem Termin mit:

1. Grund der Vorstellung

Welche Beschwerden haben Sie? _____

Seit wann bestehen Ihre Beschwerden? _____

Sind Ihnen mögliche Auslöser bekannt? _____

2. Ärztliche Versorgung

Wurden Sie bereits von einem Hautarzt (Dermatologen) behandelt? Ja ☐ Nein ☐ → wenn ja:

Name der Hautärztin/des Hautarztes: _____

Datum des letzten Hautarztbesuches: _____ in Behandlung seit: _____

Bisher durchgeführte Behandlung (Bitte um konkrete Angabe, Salben bitte mitbringen):

_____

_____

Liegen Untersuchungsergebnisse (z. B. Hautproben, Abstriche, etc.) vor? Ja ☐ Nein ☐
→ **wenn ja**, bitte in Kopie - **unbedingt** - zum Termin mitbringen.

3. Vorerkrankungen

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

☐ Neurodermitis ☐ Schuppenflechte ☐ weißer Hautkrebs ☐ schwarzer Hautkrebs

☐ Bluthochdruck ☐ Thrombose/Embolie ☐ Asthma/COPD ☐ Implantate (z. B. Herzschrittmacher)

☐ Lebererkrankung ☐ Nierenerkrankung ☐ Rheuma ☐ Hepatitis B/C ☐ HIV

☐ Bösartige Erkrankungen (z. B. Lymphome/Leukämie, Brustkrebs, Darmkrebs) ☐ Diabetes mellitus

☐ Schilddrüsenerkrankungen ☐ Psychiatrische Erkrankungen/Depressionen ☐ Demenz

Sonstige: _____

P2205115; Stand: 04.03.2024

4. Medikamente

Nehmen Sie Medikamente ein? **Ja** ☐ **Nein** ☐

→ wenn ja, bitte **- unbedingt –** Medikamentenplan zum Termin mitbringen, **siehe unten.**

5. Allergien

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? **Ja** ☐ **Nein** ☐

→ **wenn ja**, welche? _____

*Falls vorhanden, bitte **unbedingt** Ihren Allergie-Pass zum Termin mitbringen.*

6. Letzter Krankenhausaufenthalt (bitte mit Angabe des Datums und des Grundes):

_____

*Falls dieser in den letzten 12 Monaten stattgefunden hat, bitte **unbedingt** Arztbrief zum Termin mitbringen.*

Ich willige der Erhebung, der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der DSGVO ein.
☐ Ich bestätige die bevollmächtigte Person des Patienten zu sein und bringe eine gültige Vollmacht zum Termin mit.

_____ _____

Name der bevollmächtigten Person Kontakt

_____ _____

Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten / der bevollmächtigten Person

Bitte Dokument ausgefüllt, ausgedruckt und unterschrieben zum Termin mitbringen

Medikamentenplan (Vorlage)

Geben Sie bitte alle Medikamente, auch Bedarfsmedikamente an (z. B. Schmerzmittel, Herz-Kreislaufmittel, blutgerinnungshemmende Mittel [Marcumar®, Aspirin®/ ASS, Heparin], Antidepressiva)

Name	Dosierung	morgens mittags abends	Dauer der Einnahme