**Praxis Dr. med. Torsten Traut**

**Facharzt für Allgemeinmedizin**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Praxis Dr. med. Torsten Traut, Karlstr. 1, 99817 Eisenach, Tel: 03691/291211**

**AKUTE ANAMNESE**

Wir möchten Ihnen so schnell wie möglich helfen. Bitte helfen Sie uns dabei mit folgenden Angaben:

**NAME:** **VORNAME:** geboren am:

1. Ich komme heute in die Praxis, weil: (bitte konkrete Angabe, **Beispiel: "grüner Schnupfen + nachts trockener Husten + 39,6° abds"; NUR BEI VERLAUFSKONTROLLEN: Befundbesprechung / Welche Rest-Beschwerden?:** Besserung=↓,Verschlechterung=↑, gleichbleibend=→ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.) Diese Beschwerden begannen wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_seit wann verschlechtert?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.) Diese Beschwerden habe ich so das erste Mal [ ] / schon mal gehabt [ ], nämlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.) Ich habe **aktuell** bereits folgendes dagegen gemacht (z.B. Name Schmerzmittel+ **Dosierung**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.) Ich möchte krankgeschrieben werden. Weiß nicht [ ] Nein [ ] Ja [ ], ab heute [ ], ..........[ ]   
6.) Ich möchte Medikamente für die Beschwerden. Weiß nicht [ ] Nein [ ] Ja [ ]

7.) Ich möchte Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_8.) Ich habe Sorge, dass \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ihre Angaben behandeln wir vertraulich und legen diese im Verlauf der Akutsprechstunde Ihrem Arzt vor. Bitte haben Sie Verständnis, dass **HIER NICHT ERWÄHNTE THEMEN HEUTE NICHT DRANKOMMEN KÖNNEN !**

Datum: ........................... Unterschrift: ............................................. [ ]