

Dr. med. Daniel F. Beutler

Leitender Arzt ANR

Bälliz 75

CH-3600 Thun

**Medizinischer Fragebogen - Vertraulich**

**Name**       **Vorname**

**Geburtsdatum**       **Geschlecht** **w**  **m**

**Strasse**       **Nr.**

**Postleitzahl**       **Ort**       **Land**

**Krankenkasse**       **Nr.**

**Mobile**       **E-Mail**      

**Sprache**       **Englisch** **Ja**  **Nein**

**Zivilstand**       **Kinder**

**Ausbildung**       **Aktueller Job**

**Angehörige 1**       **Tel**

**Angehörige 2**       **Tel**

**Hausarzt**

**Psychiater**

**Spezialist**

**Einverständnis diese Ärzte zu kontaktieren/informieren ? Ja**  **Nein**

**Weitere Informationen**        
       
       
       
       
     

**Substanzen-Geschichte**

**Erste Erfahrungen mit bewusstseinsverändernden Substanzen? Im Alter von?**

**Begleitumstände? Gründe?**

**Weiterer Substanzenkonsum (welche? Menge? wie? Zeitraum?)**

**Aktueller Substanzenkonsum (welche? Menge? wie? Zeitraum?)**

**Substitution (welche? Menge? wie? Zeitraum?)**

**Allgemeine Bemerkungen zum Konsumverhalten**

**Im nüchternen Zustand ist das “Reissen”..?** **mild**  **mässig**  **stark**

**Entzugsbehandlungen?**

**Suchttherapien?**

**Psychiatrische Behandlungen?**

**Reguläre Medikamente**

**welche Dosierung Einnahme Bemerkungen**

                   
                         
                         
                         
                         
                          
                         
                         
                         
                         
                         
  
weitere Bemerkungen:      

**Unverträglichkeiten / Allergien**

Welche Art der Reaktion

             
             
             
  
weitere Bemerkungen:      

**Patientenanamnese (Krankheiten, OP, Unfälle, Spitalaufenthalte)**

Jahr Was Bem.:

                   
                   
                   
                   
                   
                   
                   
                   
                 

weitere Bemerkungen:      

**Systemanamnese (aktuelle Probleme, gesundheitliche Störungen, etc..)**

Störung Ja Nein falls ja – Details, Erläuterungen?

Bewusstseinsverluste?

Epilepsie?

Verminderte Leistungsfähigkeit?

Herzkrankheiten?

Lungenkrankheiten?

Nierenkrankheiten?

Wasser lösen?

Diabetes?

Magenulcus?

Leberkrankheiten?

Verdauungsprobleme?

Erhöhter Blutdruck?

Narkose-Komplikationen?

Rauchen?

Alkohol?

Schwangerschaft?

**Diagnosen**

       
       
       
       
       
       
       
       
       
     