

ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und Kompetenz widmen. Um Ihnen aktuell und künftig medizinisch weiterhelfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn sofern erforderlich mit Ihrer Partnerin / Ihrem Partner, Ihren Eltern o. ä. Sofern Ihnen eine Frage unverständlich erscheint, lassen Sie diese bitte zunächst offen. Unsere Mitarbeiterinnen sind Ihnen später bei der Beantwortung gerne behilflich. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

beruf. Tätigkeit: _____

Familienstand: _____

Größe / Gewicht: _____

Rauchen Sie? ja (Menge / Tag: _____) nein

Trinken Sie Alkohol? täglich mehrmals wöchentlich ca. 1x / Woche
 seltener nie

Sportl. Aktivitäten: _____

Behandelnde Ärztinnen / Ärzte anderer Fachrichtungen

Bei welchen Fachärzten sind Sie regelmäßig in Behandlung? (Zutreffendes bitte ankreuzen / ausfüllen.)

Kardiologe (Praxisname und Ort: _____)

Orthopäde (Praxisname und Ort: _____)

Lungenfacharzt (Praxisname und Ort: _____)

Urologe (Praxisname und Ort: _____)

sonstige Fachärzte (Fachrichtung, Praxisname und Ort)

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein

ja (welche? Bitte geben Sie auch die Dosierung an, z. B. 1-0-1 für morgens und abends)

Erkrankungen in der Familie

Sind in Ihren näheren Angehörigen (Eltern, Geschwister) Erkrankungen bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen.)

Herzerkrankung (bei wem? _____)

Diabetes mellitus (bei wem? _____)

Schlaganfall (bei wem? _____)

Krebserkrankung (welche und bei wem? _____)

Vorliegende Erkrankungen

Welche der folgenden Erkrankungen wurden bei Ihnen diagnostiziert? (Zutreffendes bitte ankreuzen und ggf. ausführen.)

- keine
- hohe Cholesterinwerte
- Diabetes mellitus
- Blutgerinnungsstörung
- Erkrankung des Magens (welche? _____)
- Nierenkrankheit
- Asthma / chronische Bronchitis
- Schlaganfall
- Bluthochdruck
- Herzkrankheit (welche? _____)
- Krebserkrankung (welche? _____)
- Schilddrüsenerkrankung
- Lebererkrankung
- Erkrankung des Darms (welche? _____)
- Rheuma
- Gicht
- Allergien (welche? _____)
- Anfallsleiden (welche? _____)
- sonstige Krankheiten (welche? _____)

Operationen

Wurden bei Ihnen in Vergangenheit Operationen durchgeführt? Wenn ja, geben Sie bitte auch das jeweilige Jahr an, in dem die OP stattgefunden hat.

- nein, keine
- Herz-OP (wann? _____)
- Gefäß-OP (wann? _____)
- Krebs-OP (wann? _____)
- Schilddrüsen-OP (wann? _____)
- Gallen-OP (wann? _____)
- Brust-OP (wann? _____)
- Gebärmutter-OP (wann? _____)
- Mandel-OP (wann? _____)
- Blinddarm-OP (wann? _____)
- Hernien-OP (Leistenbruch, Nabelbruch etc. (wann? _____)
- sonstige OP (was und wann? _____)

Anmerkungen

Hier ist Platz für weitere Informationen, die Sie uns ggf. noch mitteilen möchten.

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe und die Zeit, die Sie sich für unsere Fragen genommen haben.

Herzlichst

Ihr Praxisteam