



Anamnesebogen

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Wir freuen uns Sie in der Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal betreuen zu können bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Vorgeschichte

Bisheriger Hausarzt:

Weitere behandelnde Ärzte:

Nehmen Sie an einem DMP teil? ja , an nein

Allergien Ja, gegen Nein

Vorerkrankungen

Keine Vorerkrankungen bekannt

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

- Bluthochdruck Schlaganfall, wann Herzinfarkt, wann
 Erkrankung der Herzkranzgefäße (KHK) Durchblutungsstörung der Beine (paVt)
 Angeborener Herzfehler Andere

Stoffwechselerkrankungen

- Diabetes Fettstoffwechselstörung Schilddrüsenerkrankung, welche
 Gicht

Lungenerkrankungen

- Asthma Chronische Bronchitis (COPD) Lungenkrebs Sarkoidose



Neurologische und psychische Erkrankungen

- Epilepsie Parkinson Demenz MS Restless-legs
 Andere
 Depression Schizophrenie Angst
 Andere

Infektionskrankheiten

- Hepatitis HIV Tuberkulose Andere

Leber-/Nierenerkrankungen

Augenerkrankungen

Krebs

Blutungsstörungen

Andere

Operationen/Unfälle

Medikamentenplan vorhanden?

- Ja (Bitte bringen Sie den aktuellen Medikamentenplan mit.)
 Nein (Bitte listen sie alle Medikamente – auch freiverkäufliche – einschließlich Dosierung auf).

Impfausweis vorhanden? Bitte bringen Sie auch Ihren Impfausweis mit.

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen Herzerkrankungen
 Schlaganfall Diabetes
 Krebserkrankungen Blutungsstörungen
 Thrombose/Lungenembolie



Lebensgewohnheiten

Mischkost vegetarisch vegan Anderes

Sport pro Woche

Drogen, welche Wie oft: nein
 Alkohol Glas/Woche: nie
 Zigaretten Zigaretten/Tag seit

Benötigen Sie ein Hörgerät? Eine Brille?
Haben Sie einen Shunt Stoma Port Herzschrittmacher

Beruf:

Wohnsituation: Allein mit Partner lebend Kinder im Haus
 Betreutes Wohnen Seniorenheim

Pflegegrad Ja Nein
Schwerbehinderung Ja, GdB Nein

Patientenverfügung vorhanden Nein Ja

Gerne würden wir noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

Website Empfehlung Andere

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin! Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen/online zu buchen.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

Ich danke Ihnen. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und die Datenschutzerklärung am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.