

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEIN

Name, Geburtsdatum

Patientennummer

Liebe Patientin, lieber Patient!
Damit wir Sie besser beraten und betreuen können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und an der Rezeption abzugeben. Alle Angaben, die Sie hier machen, werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten

Anschrift:

.....

.....

Krankenkasse:

.....

Telefon:

Fax:

Mobil:

Beruflich:

E-Mail:

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

.....

.....

.....

Bitte berücksichtigen Sie, dass wir es uns vorbehalten, Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine (idealerweise 24 Stunden vorher) ggf. in Rechnung zu stellen.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name:

.....

Name:

.....

Soziale Daten

Beruf:

.....

.....

Leben Sie allein oder in einer Beziehung?

.....

.....

Haben Sie Kinder? ja nein

.....

Weitere behandelnde Ärzte

Dr.

Dr.

MEDIZINISCHE DATEN

bereits bekannte chronische (Dauer-) Diagnosen

z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie, KHK usw.

.....

.....

.....

Vorerkrankungen

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte genaue Angaben, z. B. seit wann die Erkrankung besteht.

Angina pectoris / Koronare Herzkrankheit ja nein

.....

.....

.....

Thrombose
 ja nein

Herzinfarkt

ja nein

.....

.....

Herzrhythmusstörungen

ja nein

.....

.....

Durchblutungsstörungen im Kopf, z. B. Schlaganfall

ja nein

.....

.....

Durchblutungsstörungen in den Beinen, z. B. Schaufensterkrankheit (pAVK)

ja nein

.....

.....

Bluthochdruck

ja nein

.....

.....

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

ja nein

.....

.....

Erhöhte Blutfette

ja nein

.....

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEIN

Gicht (Erhöhte Harnsäure im Blut) ja nein

.....
.....

Lungenerkrankung, z. B. Chronische Bronchitis, Asthma bronchiale

ja nein

.....
.....

Magen-Beschwerden
z. B. Sodbrennen,
Geschwüre ja nein

.....
.....

Darmbeschwerden
(ggf. Extra-Fragebogen
Darm!) ja nein

.....
.....

Gallenblasenerkrankungen
 ja nein

.....
.....

Lebererkrankungen
 ja nein

.....
.....

Hepatitis (Gelbsucht)
 ja Typ A Typ B Typ C
 nein

.....
.....

Schilddrüsenerkrankungen
 ja nein

.....
.....

Gelenk- oder Rheumaerkrankungen
 ja nein

.....
.....

Bösartige Erkrankungen / Krebs / Tumore
z. B. Brust, Lunge, Darm, Prostata,
Nieren, Pankreas u. a. Organe

ja nein

.....
.....

Nervenkrankheiten
z. B. Parkinson,
Polyneuropathie ja nein

.....
.....

Psychische Erkrankungen z. B.
Depression, Angststörung

ja nein

.....
.....

Hauterkrankungen
 ja nein

.....
.....

Tuberkulose
 ja nein

.....
.....

HIV / AIDS

ja nein

.....
.....

Heuschnupfen

ja nein

.....
.....

Jodallergie

ja nein

.....
.....

Medikamenten-
Allergie ja nein

.....
.....

Röntgenkontrastmittel-
Allergie ja nein

.....
.....

Andere Allergien

ja nein

.....
.....

Sonstige Erkrankungen

ja nein

.....
.....

ANAMNESEBOGEN ALLGEMEIN

Operationen

ja nein

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte genaue Angaben, z.B. wann welcher Eingriff vorgenommen wurde.

.....
.....
.....
.....
.....

Medikamente

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte genaue Angaben, z. B. wie hoch die Dosierung ist.

ASS

ja nein

.....
.....

Marcumar

ja nein

.....
.....

Sonstige Blutverdünner

ja nein

.....
.....

Weitere Medikamente

ja nein

.....
.....
.....
.....

Sonstiges

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte um genaue Angaben.

Rauchen Sie?

ja nein

.....

Trinken Sie Alkohol?

ja nein

.....

Waren Sie vor kurzem im Ausland? ja nein

.....
.....

Ist Ihnen Ihr Impfstatus bekannt? ja nein

.....
.....

Gehen Sie zu Vorsorgeuntersuchungen? (z. B. Darm, Frauenarzt, Urologe, Haut)

ja nein

.....
.....
.....

Hat sich Ihr Gewicht zuletzt verändert? ja nein

.....
.....

Wie groß sind Sie?

.....

Wie schwer sind Sie?

.....

Familienanamnese

Wenn zutreffend, ergänzen Sie bitte um genaue Angaben, z. B. wer in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder) betroffen ist bzw. war.

Tumorerkrankungen

ja nein nicht bekannt

.....
.....

Diabetes (Zuckerkrankheit)

ja nein nicht bekannt

.....
.....
.....

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall)

ja nein nicht bekannt

.....
.....
.....

Sonstige Erkrankungen

ja nein nicht bekannt

.....
.....
.....
.....

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der gemachten Angaben:

Datum, Unterschrift

.....

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!!
Das Praxisteam