

# Anamnesebogen

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen vollständig auszufüllen und zu unterschreiben.

## Kontaktdaten

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Festnetznummer \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bisheriger Hausarzt \_\_\_\_\_

Wollen Sie den Hausarzt wechseln?  ja  nein  vielleicht

## Persönliche Angaben

Beruf / Ausbildung \_\_\_\_\_

Familienstand  ledig  verheiratet  geschieden/getrennt lebend  verwitwet

Kinder \_\_\_\_\_

Raucher  nein,  ja seit \_\_\_\_\_ Jahren \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

Organspendeausweis vorhanden  ja  nein

Patientenverfügung vorhanden  ja  nein

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?  nein  ja Betreuer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad  nein  ja \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport  nein  ja

**Welche Erkrankungen haben / hatten Sie?**

			Seit wann?
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Thrombose oder Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____

**Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie bekannt (Vater / Mutter / Geschwister)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**                      Nein                       Ja

- Gegen Medikamente?                      Nein                       Ja

- Wenn ja, gegen welche? \_\_\_\_\_

- Andere Allergien: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell?**  
*(Sie können gerne Ihren aktuellen Medikamentenplan beifügen)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Operationen wurden durchgeführt?**

_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____
_____	Jahr _____

**Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?**

Herzkatheter	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Jahr _____
Darmspiegelung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Jahr _____
Magenspiegelung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Jahr _____

**Einverständniserklärung**

Dürften wir Sie an fällige Untersuchungen oder Termine, z.B. Impfungen und Vorsorge über den Weg der oben genannten Kontaktdaten erinnern?    Nein     Ja   
*(Es besteht kein Rechtsanspruch für die Erinnerung!)*

**Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!**

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag.  
 Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.  
 Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift