

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

ich freue mich, Sie in meiner Praxis begrüßen zu dürfen. Um Sie hier optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, vorab folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Telefon:	Mobil:	Mail:

Welche Beschwerden bestehen aktuell?

- Herzbeschwerden Luftnot Beschwerden der Nieren / der Harnwege
 Hauterkrankung Beschwerden der Knochen / Gelenke Magen-/Darmbeschwerden
 Schwindel Seh-/Hörstörungen Störungen der Libido/Sexualität
 Sonstige/nähere Beschreibung: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt:

- Diabetes Schilddrüsenerkrankungen Bluthochdruck KHK Herzschwäche
 Lungenerkrankungen Schlaganfall erhöhte Blutfette Operationen
 Krebserkrankungen Thrombose Baucherkrankungen psychische Erkrankungen
 Sonstige/nähere Beschreibung: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis, ggf. auch akt. Medikamentenplan mitbringen.)

Medikament, Stärke	früh	mittags	abends

Bitte wenden!

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche:

Wie groß sind Sie? _____ cm **Wie ist Ihr aktuelles Gewicht?** _____ kg

Sind Sie kleiner geworden?

Hat sich Ihr Gewicht in den letzten 6 Monaten deutlich verändert (mehr als +/- 2 kg)?

Haben Sie einen Impfausweis? Ja Nein **Stehen Auffrischungsimpfungen an?** Ja Nein

Haben Sie einen Organspendeausweis? Ja Nein **Besteht Interesse?** Ja Nein

Für Patienten ab 18 bzw. ab 35 Jahren: **Wann war Ihr letzter Check-up?** _____

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung?** Ja, wann: _____ Nein

Rauchen: Ja Nein **Wenn „Ja“: Wie viele Zigaretten täglich:** _____ **Seit wann:** _____

Alkohol: Ja Nein **Wenn „Ja“: Wie viel und wie häufig:** _____

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

KHK/Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen Schlaganfall

Durchblutungsstörungen der Beine rheumatische Erkrankungen

Sonstige/nähere Beschreibung: _____

Treiben Sie **Sport?** Ja Nein

Beruf:

Wohnsituation: mit Partner/in lebend geschieden verwitwet alleinstehend

Angehörige im Haus

Haben Sie: eine Vorsorgevollmacht Ja Nein

eine Patientenverfügung? Ja Nein

Mitunter ist der Austausch medizinisch relevanter Daten mit anderen Kollegen oder Dienstleistern erforderlich und wichtig. Sind Sie einverstanden mit dem **Datenaustausch** zwischen meiner Praxis und (bitte ankreuzen):

anderen Haus-/Fachärzten Labordienstleistern Krankenhäusern/Kliniken?

Datum:

Unterschrift: