

ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind das erste Mal in meiner Praxis. Um Sie besser medizinisch behandeln und betreuen zu können, benötige ich vorab einige Informationen. Wir können die Wartezeiten in meiner Praxis deutlich verkürzen, wenn solche Informationen vorab in Ihrer Kartei eingetragen werden.

Sollten Probleme bei der Beantwortung der Fragen auftreten, können Sie sich selbstverständlich an mein Praxisteam wenden oder Sie lassen diese Fragen zunächst offen. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemandem weitergegeben!

- Name, Vorname: _____
Körpergröße: _____ Gewicht: _____
- Beruf _____
- bin erreichbar unter: ☎ _____
- Raucher / in: Nein Ja Wie viele pro Tag? _____
- Alkoholgenuss: Nie gelegentlich täglich
- Ich bin beschwerdefrei und wünsche nur einen „Check up“: Ja
- Wann wurde zuletzt ein „Check up“ durchgeführt? _____
- Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:
Lungenarzt ja Kardiologe ja Orthopäde ja
Urologe ja Neurologe ja sonstige _____
- Ich besitze einen Impfpass: Nein Ja
Zeigen Sie uns bitte Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können. Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!
- Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Cholesterin zu hoch | Ja <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck | Ja <input type="checkbox"/> |
| Herzkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> | Magenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | Ja <input type="checkbox"/> | Schilddrüse | Ja <input type="checkbox"/> |
| ↳ Diät | Ja <input type="checkbox"/> | Hepatitis A / B / C | Ja <input type="checkbox"/> |
| ↳ mit Insulin | Ja <input type="checkbox"/> | Schlaganfall | Ja <input type="checkbox"/> |
| ↳ ohne Insulin | Ja <input type="checkbox"/> | Rheuma | Ja <input type="checkbox"/> |
| Gicht, Harnsäureerhöhung | Ja <input type="checkbox"/> | Hautkrankheit | Ja <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Anfallsleiden | Ja <input type="checkbox"/> |
| Asthma / chron. Bronchitis | Ja <input type="checkbox"/> | Tuberkulose | Ja <input type="checkbox"/> |
| Psychische Erkrankung | Ja <input type="checkbox"/> | Aids | Ja <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges _____ | | | |

Bitte wenden ⇨ ⇨ ⇨ ⇨

11. Ich habe Luftnot / Luftmangel:

im Liegen

bei Treppensteigen

bei Aufregung

12. Ich hatte folgende Operationen:

Keine

Herz – OP Ja Brust Ja

Gefäße – OP Ja Gebärmutter Ja

Krebs – OP Ja Mandeln Ja

Schilddrüse – OP Ja Blinddarm Ja

Gallenblase – OP Ja Bruch – OP Ja

Sonstiges: _____

13. Bei mir ist / sind folgende Allergie / n bekannt:

Penicillin, Medikamente*, Aspirin, Hausstaubmilben, Tierhaare, Nahrungsmittel, Blütenstaub,
Metalle, sonstiges: _____

* Wenn ja, welche? _____

14. In meiner Familie (Eltern, Geschwister) sind folgende Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit/Herzinfarkt Ja Blutzuckerkrankheit Ja

Schlaganfall Ja Krebs Ja

Bluthochdruck Ja Cholesterinerhöhung Ja

15. Vegetative Anamnese

Stuhlgang: normal Durchfall Verstopfung Blut/Schleim

Wasserlassen: normal mit Brennen Startschwierigkeiten nachts öfter

16. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja* nein

* Wenn ja, welche, wie viele und wie oft?

Aus Datenschutzrechtlichen-Gründen benötigen wir Ihre Einwilligung, um an Ihre mitbehandelnden
Ärzte (z.B. Fachärzte oder Krankenhausärzte) medizinische Berichte oder Laborwerte schicken zu
dürfen.

Ich bin mit einer Übersendung von medizinischen Berichten oder Befunden an weiter- oder
mitbehandelnde Ärzte einverstanden.

Unterschrift

Kerpen, _____

Datum

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben!

Ihr Praxisteam Dr. Anja Franke