

# Anamnesebogen

## Lieber Patient, Liebe Patientin!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon:

Mobil:

E-Mail

## Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen

	Seit wann?	
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße/ Herzinfarkte	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(COPD, Asthma)	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.	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
 Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Rauchen Sie?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	wie viel?
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	wie viel?
Haben sie Allergien?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	welche?

Größe: .....cm

Gewicht.....kg

Haben sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen?

Ja  Nein

Gewichtszunahme: ..... kg

Gewichtsabnahme: .....kg

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

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

Herzkatheter  Nein  Ja   
Darmspiegelung  Nein  Ja

**Familienanamnese**

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck  Nein  Ja   
Herzkranzgefäße/ Herzinfarkte  Nein  Ja   
Herzerkrankungen  Nein  Ja   
Schlaganfall  Nein  Ja   
Durchblutungsstörungen der Beine  Nein  Ja   
Zuckerkrankheit/ Diabetes  Nein  Ja   
Fettstoffwechselstörungen  Nein  Ja   
Tumorerkrankungen  Nein  Ja

wer?

**Sozialanamnese**

Familienstand:

Sport: Nein  Ja  was/ wie oft?

**Patientenverfügung**

Ist eine Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht vorhanden?

Nein  Ja

**Impfunterlagen**  
Nein  Ja   
Falls ja, bitte bringen Sie Ihren Impfausweis zum nächsten Besuch mit in die Praxis

**Vorsorge**

Letzter check up:

Letzte Darmkrebsvorsorge:

**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.

**Terminabsagen**

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Im wiederholten Fall wird Ihnen der verpasste Termin in Rechnung gestellt.

Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei offenen Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Datum: .....

Unterschrift: .....