

## Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, dass Sie zu uns in die Praxis gekommen sind. Gerne berate ich Sie in allen Gesundheitsfragen und helfe Ihnen, gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Im Krankheitsfall berücksichtige ich immer die körperlichen und seelischen Aspekte sowie das Lebensumfeld des Patienten. Deshalb bitte ich Sie: Nehmen Sie sich Zeit, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Eine möglichst vollständige Ausfüllung wäre sehr hilfreich für den Behandlungsablauf. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, lassen Sie diese zunächst offen. Wir können diese dann gemeinsam besprechen.

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer Festnetz:

Mobil:

E-Mail:

Gewicht:

Körpergröße:

Ihre Wünsche:

Ich wünsche einen Check-up

nein

ja

Ich komme wegen einer akuten Erkrankung

nein

ja,

Ich komme wegen einer chronischen Erkrankung

nein

ja,

Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes

nein

ja

(bitte bringen sie Ihren Impfpass mit)

\_\_ Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und die von meiner Krankenkasse erstattet werden.

\_\_ Ich möchte über ergänzende Gesundheitsleistungen informiert werden, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch, wenn sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

\_\_ Ich möchte von einem Recall-System (z.B. Erinnerung an Impftermine, Vorsorgen, etc.) profitieren.

Berufs- und Lebenssituation:

Ich bin \_\_Schüler/Student \_\_Rentner \_\_berufstätig als \_\_\_\_\_

Gibt es besondere Belastungen im täglichen (Berufs-)Leben? \_\_nein \_\_ja

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis \_\_nein \_\_ja, \_\_\_\_Prozent

Ich bin  ledig  verheiratet  geschieden/getrennt lebend  verwitwet

Haben Sie Kinder?  nein  ja, \_\_\_\_\_, Geburtsjahr(e)

Rauchen Sie?  nein  ja \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol?  nein  gelegentlich  regelmäßig

Benötigen Sie ein  Hörgerät  Brille/Kontaktlinsen

Bewegen Sie sich regelmäßig aktiv:  beruflich  
 in Ihrer Freizeit (Sport)  
Wie oft in der Woche:  Mal/ \_\_\_\_\_ Std/Min insgesamt

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (bitte möglichst Angabe Präparat und Dosis):

Medikament	morgens	mittags	abends

**WICHTIG!**

Haben Sie bekannte Allergien, v.a. gegen Medikamente?

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zuletzt geimpft?

Tetanus: \_\_\_\_\_ Diphtherie: \_\_\_\_\_

Pneumokokken: \_\_\_\_\_ Keuchhusten (Pertussis): \_\_\_\_\_

Masern: \_\_\_\_\_

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Wann hatten Sie ihre letzte Gesundheitsuntersuchung (Check-up)? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie ihr letztes Hautkrebsscreening? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits eine Koloskopie (Darmspiegelung)?  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

Kein Erkrankungen bekannt:

Diabetes mellitus

Bluthochdruck

Cholesterin zu hoch

Schwindelanfälle\_\_

Herzinfarkt

Herzkrankheit

Magenerkrankungen	Schlaganfall
Nierenerkrankung	Gicht
Darmerkrankungen	Rheuma
Lebererkrankungen	Asthma/chron. Bronchitis/COPD
Schilddrüse	Anfallsleiden
Tuberkulose	Psychische Erkrankungen
Krebs	Hautkrankheit

Sind Sie schon einmal operiert worden? nein ja, \_\_\_\_\_

Herz-OP	Brust-OP
Gefäß-OP	Gebärmutter-OP
Krebs-OP	Mandel-OP
Schilddrüsen-OP	Blinddarm-OP
Gallenblasen-OP	Leistenbruch-OP
Sonstige Operationen:	

Aktuell Beschwerden:

Durst	vermehrt	vermindert	normal
Appetit	vermehrt	vermindert	normal
Stuhlgang	Durchfall	Verstopfung	normal
Wasserlassen	mit Brennen	nachts öfter	normal
Nachtschweiß	vermehrt		
Gewicht	Zunahme ___kg	Abnahme ___kg	konstant
Mir ist oft kalt/warm	ja	nein	
Ich schwitze übermäßig	ja	nein	
Ich habe oft Kopfschmerzen	ja	nein	
Ich habe Luftnot/Luftmangel	im Liegen	beim Treppensteigen/bei Belastung	
Ich habe Schmerzen	ja wo?		
Schlafstörungen	beim Einschlafen	beim Durchschlafen	
Übelkeit/Erbrechen			
Abgeschlagenheit/Müdigkeit			
Ohrgeräusche			
Schwindel			

Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?

Herzkrankheit/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?
Darmkrebs	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?
Krebs, sons.	<input type="checkbox"/> ja	bei wem?

Thrombose/Lungenembolie       ja      bei wem?  
Krampfleiden/Depression       ja      bei wem?

Gerne würden wir noch von Ihnen erfahren, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:

Telefonbuch	auf Empfehlung	sonstiges:
Gelbe Seiten	Mundpropaganda	
Internet	zufällig	

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Anamnesebogen auszufüllen!

Ihr Praxisteam Caroline Röther