

Anamnesebogen



Liebe Patientinnen und Patienten,

Nehmen Sie sich bitte Zeit, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich sein, können Sie sich gerne an unsere Kolleginnen wenden. Je besser wir Sie kennen, desto optimaler können wir Sie hausärztlich betreuen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt!

► Stammdaten

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Straße, Haus- Nr. _____
 Postleitzahl, Ort _____
 Tel.-Nr. Festnetz _____ Mobil _____
 E-Mail _____

► Berufs- und Lebenssituation

Sie sind Schüler/ Student Hausfrau/-mann Rentner/in berufstätig als _____
 bei Firma _____

Besondere Belastungen im täglichen (Berufs-) Leben? nein ja: _____

Haben Sie einen Schwerbeschädigtenausweis? nein ja: GdB _____ Merkzeichen _____ Pflegegrad _____

Sind Hilfsmittel vorhanden (Brille, Rollator usw.)? nein ja; _____

Sie sind ledig verheiratet geschieden/ getrennt lebend verwitwet

► Kommen bei Ihnen in der Familie folgende Erkrankungen vor?

Herzkrankheit/ Herzinfarkt nein ja: Bei wem? _____

Bluthochdruck nein ja: Bei wem? _____

Schlaganfall nein ja: Bei wem? _____

Diabetes mellitus nein ja: Bei wem? _____

Krebserkrankungen nein ja: Bei wem, welche Art? _____

► In welcher fachärztlichen Behandlung befinden Sie sich regelmäßig?

Lungenarzt Kardiologe Gynäkologe Urologe Neurologe Orthopäde Psychiater

Sonstiges: _____

► Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein jaWenn ja, welche und wie oft/ welche Dosierung (ggf. Rückseite verwenden)? _____

_____**Bei Frauen im gebärfähigen Alter:** Nehmen Sie die Antibabypille? Wenn ja, welche?: _____**► Wie groß/ schwer sind Sie?**

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? nein ja: _____ Zigaretten am TagTrinken Sie Alkohol? nein gelegentlich regelmäßig**► Welche Operationen hatten Sie?** Herz-OP/ Stents Gefäß-OP Brust-OP Gebärmutter-OP Krebs-OP Bruch-OP Gallen-OP Blinddarm-OP Sonstige OP: _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Wenn ja, wann? _____

► Welche Erkrankungen/ Beschwerden sind bei Ihnen bekannt? Bluthochdruck Blutungsneigung Herzinfarkt/ Herzkrankheit Schlaganfall Blutzuckerkrankheit (Diabetes) Nierenerkrankungen Lebererkrankungen Schilddrüsenerkrankungen Krebserkrankungen? Wenn ja, welche Art? _____ Asthma COPD/ chronische Bronchitis Anfallsleiden (Epilepsie) Psychische Erkrankungen Stimmungsleiden (Depression) chronische Schmerzen? Wenn ja, wo? _____ Rheuma Hautkrankheiten Inkontinenz Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Allergien? Wenn ja, welche? _____

Erkner, den _____

Unterschrift