

Anamnesefragebogen

Hallo,

wir möchten Sie herzlich in unserer Hausarztpraxis willkommen heißen. Um Ihnen von Anfang an eine optimale Betreuung zukommen zu lassen, bitten wir Sie, nachfolgenden Fragebogen in Ruhe und sorgfältig auszufüllen. Besprechen Sie offene Fragen ggf. auch mit Ihren Angehörigen. Ihre Angaben werden von uns selbstverständlich streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben. Wir bedanken uns für Ihre Mühe und das in uns gesetzte Vertrauen.

Persönliche Angaben

Vorname: _____ Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße: _____ Hsnr.: _____ PLZ/Stadt: _____
 Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____
 Krankenkasse: _____ Pronomen: _____

Familienstand: ledig in Beziehung verheiratet geschieden verwitwet
 Beruf: _____

Vorsorgevollmacht vorhanden: Ja Nein
 Patientenverfügung vorhanden: Ja Nein

Kontaktperson in Notfällen (ggf. Angehörige/Vorsorgebevollmächtigte/Betreuer mit Name und Telefonnummer)

Allgemeine Anamnese

Im Folgenden markieren Sie bitte hinsichtlich Ihrer individuellen Krankenvorgeschichte relevante Diagnosen mittels eines Kreuzes in der Spalte. Sollten Sie entsprechende Erkrankungen (auch) in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern/Geschwister/Kinder) finden, so kreuzen Sie dies bitte in der dritten Spalte an.

Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Wenn ja, welche?			
Bluthochdruck	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Herzerkrankungen/Infarkte	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Schlaganfall	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Schilddrüsenerkrankung	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Durchblutungsstörungen (PAVK/Stenosen)	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Diabetes mellitus („Zucker“)	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Wenn ja, welcher Typ:	1	2	
Fettstoffwechselstörungen (Cholesterin)	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Tumorerkrankungen (Krebs)	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Chronische Infektionskrankheiten	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Wenn ja, welche?			
Bluterkrankungen/Gerinnungsstörungen	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Lungenerkrankungen (Asthma/COPD/etc.)	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Lebererkrankungen	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Nierenerkrankungen	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Thrombose/Lungenembolie	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Augenerkrankungen	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Psychische Erkrankungen	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Epilepsie/Krampfleiden	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Operationen	Ja	Nein	Familiäres Vorkommen
Wenn ja, welche?			
Sonstiges (ggf. ergänzende Angaben)			



Ernährung: Mischkost Vegetarisch Vegan
 Sofern bekannt: Größe: _____ cm Gewicht: ____ kg

Rauchen Sie? Ja Nein
 Haben sie mal regelmäßig geraucht? Ja Nein
 Wenn ja: ____ Zigaretten pro Tag seit ____ Jahren

Wieviel Alkohol konsumieren Sie? täglich wöchentlich gelegentlich nie
 Art und Menge: _____

Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein
 Haben Sie Drogen konsumiert? Ja Nein
 Wenn ja, welche? _____

Medikamente

Bitte führen Sie im Folgenden von Ihnen regelmäßig oder auch unregelmäßig eingenommene Medikamente auf. Auch Nahrungsergänzungsmittel oder die Pille sind hier ggf. anzugeben.

Handelsname oder Wirkstoff (bitte n.M. mit Angabe der „Stärke“)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Welche Fachbereiche besuchen Sie regelmäßig?

Kardiologie Orthopädie Nephrologie (Nieren) Endokrinologie
 Diabetologie Ophthalmologie (Augen) Urologie Gynäkologie
 Andere: _____

Wünschen Sie ggf. Beratung zu individuellen Gesundheitsleistungen?

Ich möchte ausschließlich Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse übernommen werden.
 Bitte informieren Sie mich gegebenenfalls über ergänzende Gesundheitsleistungen, auch wenn diese nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden.
 Ich möchte regelmäßig zu empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen eingeladen werden.

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

Abschließend interessiert uns noch, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind?

Empfehlung Google Ärzteportal Telefonbuch
 Sonstiges _____

Möchten Sie an Ihre Termine erinnert werden? Ja Nein
 Wenn ja, per SMS E-Mail

Persönliche Anmerkungen/Wünsche:

Markkleeberg, den _____

Ihre Unterschrift