

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patienten,

bitte nehmen Sie sich einen Augenblick Zeit zum Ausfüllen des Fragebogens.

Ihre Angaben helfen uns, Sie jetzt und auch in Zukunft optimal betreuen zu können!

Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Größe _____ cm Gewicht _____ kg Geschlecht w / m

Telefonnummer _____

Email _____

Alltägliches:

Soziales: verheiratet liiert verwitwet alleinlebend Kinder

Berentet arbeitslos selbständig angestellt

Ernährung: tgl Süßes oft Fleisch tgl. Obst

Vegetarisch spezielles: _____

Sport: gar nicht unter 3 mal / Woche über 3 mal / Woche

Zigaretten: Ja Nein

Alkohol: Gar nicht unter 3 mal / Woche über 3 mal /Woche

Emotionaler Stress Ja welcher? _____ Nein

Chronische behandlungsbedürftige Erkrankungen

	<u>Eigene</u>		<u>(Groß-)Eltern/Geschwister</u>	
Bluthochdruck	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Herzkrankheit oder Infarkt	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Arterielle Verschlusskrankheit	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Erhöhte Blutfettwerte	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nierenerkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Lungenerkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• Welche?	_____			
Hauterkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• Welche?	_____			
Suchterkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• Welche?	_____			
Chronische Schmerzen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• Welche?	_____			
Nervenerkrankungen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
• Welche ?	_____			
Sonstige Erkrankungen?	_____			

Weitere wichtige Fragen

Nehmen Sie **Blutverdünner** ein? Ja Nein

Welche? (z.B. ASS, Marcumar,..) _____

Nehmen Sie **weitere Medikamente**? Ja Nein

Welche? _____

Haben Sie **Allergien** auf **Medikamente**? Ja Nein

Auf welche? _____

Tragen Sie einen **Herzschrittmacher**? Ja Nein

Haben Sie **Prothesen**? (z.B. Kniegelenk, Hüfte,..) Ja Nein

Haben Sie einen **Behinderungsgrad**? Prozente? _____% Ja Nein

Haben Sie eine **Pflegestufe**? Welche? _____ Ja Nein

Erfolgten wichtige **Operationen**? Ja Nein

Welche? _____

Was wir auch wissen müssen: Vorsorge – Nachsorge – Prävention

Ist oder war bei Ihnen eine **Krebserkrankung** bekannt Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Bekannte **Darmerkrankung** Ja Nein

Erfolgte eine **Darmspiegelung**? Ja Nein

Falls ja, wann? _____

Blut oder Schleim im **Stuhl**? Ja Nein

Beschwerden beim **Wasserlassen**? Ja Nein

(bei Männern): **Prostatabeschwerden**? Ja Nein

Gibt es bei Ihnen unbekannte **Hautveränderungen**? Ja Nein

Sind Sie **regelmäßig** bei anderen **Fachärzten**? Ja Nein

Beim Kardiologen: Ja Nein

Beim Hautarzt Ja Nein

Beim Urologen Ja Nein

Beim Frauenarzt Ja Nein

Sonstige: _____

Teilnahme an **Gesundheitsprogrammen** („DMP“, „HZV“) Ja Nein

Falls ja, um welches Programm handelt es sich?

Bei welchem Arzt sind Sie eingeschrieben? _____

Was uns noch am Herzen liegt:

Wir möchten für Sie den **Praxisaufenthalt**, die Betreuung und auch die **Therapiemöglichkeiten** so **angenehm** und **optimal** wie möglich gestalten.

In **Zusammenarbeit** mit Ihrer **Krankenkasse** bieten wir daher verschiedene Leistungen an, die Ihnen möglichst **geringe Wartezeiten** beschere, **keinerlei Kosten** verursachen und definitiv keine unnützen Untersuchungen beinhalten.

Daher bitten wir Sie, abschließend noch diese Fragen zu beantworten:

Dürfen wir Sie in die (von den Krankenkassen empfohlenen) ***Hausarzt-** und **Gesundheitsprogramme** einschreiben?

**Ja

Nein

Dürfen wir Sie auf (von den Krankenkassen empfohlenen) **Gesundheitsuntersuchungen** telefonisch oder schriftlich aufmerksam machen?

**Ja

Nein

**für Sie kostenlos, zeitsparend, medizinisch sinnvoll, jederzeit widerrufbar!!*

*** Die Teilnahme an den Präventionsleistungen und Gesundheitsprogrammen (DMP, HZV) sind medizinisch sinnvoll und werden von den Kassen empfohlen. Sie helfen uns dabei, Ihnen mit modernem medizinischem Equipment und ausreichend Fachpersonal täglich bestmögliche Schulmedizin anzubieten.*

Vielen Dank für Ihre Zeit

und Aufmerksamkeit!!!

Datum, Ort, Unterschrift _____