

Anamnesebogen • Hausarzt



Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen! Damit wichtige Details nicht unerwähnt bleiben, nehmen Sie sich bitte die Zeit, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen vollumfänglich der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliche Daten	
Name: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	Fax: _____
Handy: _____	E-Mail: _____

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt? Bitte kreuzen Sie diese an!

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> KHK |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | |

Wenn „Ja“, welche? _____

Andere, nicht aufgeführte: _____

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

Wenn „Ja“, an welchem? Asthma COPD Diabetes KHK

Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche Medikamente verwenden Sie?

Medikament und Dosis	morgens	mittags	abends
-----------------------------	----------------	----------------	---------------

Bitte legen Sie ggf. Ihren **bundeseinheitlichen Medikamenten-Plan** an unserer Anmeldung vor.

Haben Sie **Allergien oder Unverträglichkeiten**? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche?: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Wann wurden Sie zuletzt **geimpft**, gegen

Tetanus: _____ Diphtherie: _____

Pneumokokken: _____ Keuchhusten: _____

Masern: _____

Bitte bringen Sie bitte Ihren **Impfausweis** zum nächsten Termin mit.

Wann war Ihr letzter **CheckUp**? _____ Noch nie

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**? Ja, im Jahr: _____ Nein

Rauchen: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich? _____
 Ex-Raucher Seit welchem Jahr? _____

Alkohol: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig? _____

Drogen: Ja Nein Wenn „Ja“, welche Art und wie häufig? _____

Letzte **Augenkontrolle** am: _____ ohne Befund Netzhaut-Schäden

Letztes **EKG/Belastungs-EKG:** _____

Letzte **Langzeit-Blutdruckmessung:** _____

Sind **in Ihrer Familie** folgende Erkrankungen bekannt?

Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen

Schlaganfall Durchblutungsstörung der Beine

Welche **Sportart** betreiben Sie? _____ keine bzw. unregelmäßig

Aktueller **Beruf:** _____ Auszubildender Schüler Rentner

Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus alleine wohnend
 Betreutes Wohnen Wohnheim Pflegeheim

Haben Sie konkrete **arbeitsmedizinische Fragestellungen** an uns? Ja Nein

Was ist Ihr **konkretes Anliegen** an uns als Hausarzt-Praxis?

Hausärztliche Betreuung Akut-Behandlung Ausstellung eines Rezeptes

Allgemeine Beratung CheckUp AU-Bescheinigung

Andere: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Hausarzt-Praxis von Herrn Dr. med. Martin Sander, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch mit dem Zweck der hausärztlichen Beratung bzw. Behandlung vorgesehen und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Die Datenschutz-Erkärung der Praxis habe ich heute zur Kenntnis genommen.

Datum

Eigenhändige Unterschrift