

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Telefon/ Handy

E-Mail

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?	Seit wann? Nähere Angaben
Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen? **Seit wann? Nähere Angaben**

Psychische Erkrankungen Nein Ja

Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen Nein Ja

Operationen/ Unfälle Nein Ja

Sonstiges Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja

Wenn ja, wie viel

Nicht mehr seit

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Wenn ja, wie viel

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche?

- Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm)

Wieviel wiegen Sie: (kg)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten stark zu- oder abgenommen? Nein zugenommen abgenommen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Wann? Näher Angaben

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja

Sozialanamnese

Familienstand

Kinder

Sport (was & wie oft?):

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe.

Bitte geben Sie diesen Fragebogen und den Bogen bzgl. des Datenschutzes an der Anmeldung ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Bad Soden, den _____ Unterschrift: _____