

ANAMNESEBOGEN

Lieber Patient,

ich freue mich über Ihr Interesse an meiner Praxis. Ich möchte Ihnen und Ihrer Gesundheit meine ganze Aufmerksamkeit und meine gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen ich einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus und besprechen Sie ihn – falls erforderlich – mit Ihrem Partner, Ihren Eltern o.ä. Sollte eine Frage Ihnen unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine meiner Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

1. Name, Vorname:

2. Geburtsjahr:

3. Beruf:

4. Fam.-Stand:

5. Tagsüber telefonisch erreichbar: _____

E-Mail:

6. Ich bin beschwerdefrei und wünsche einen „Check-Up“: ja

7. Ich bitte um Überprüfung meines Impfschutzes: ja

(Bitte bringen Sie uns Ihren Impfpass mit)

8. Ich möchte an meine Termine erinnert werden: ja nein

9. Meine Größe beträgt _____ cm; mein momentanes Gewicht beträgt _____ kg

10. Ich bewege mich regelmäßig aktiv:

Beruflich: ja nein

In meiner Freizeit: ja nein

Wie oft in der Woche: _____ Anzahl/Tag _____ Min.

11. Ich rauche: ja nein

12. In meiner Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) sind folgende

Erkrankungen bekannt:

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja bei wem? _____
Blutzuckerkrankheit ja bei wem? _____
Schlaganfall ja bei wem? _____
Asthma ja bei wem? _____
Thrombosen ja bei wem? _____
Krebs* ja bei wem? _____

*Wenn ja, welcher Art? _____

13. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt:

Keine
Cholesterin zu hoch ja Bluthochdruck ja
Schwindelanfälle ja Herzkrankheit ja
Diabetes ja Schilddrüse ja
Blutungsneigung ja Lebererkrankung ja
Magenerkrankungen ja Darmerkrankungen ja
Nierenerkrankung ja Rheuma ja
Asthma/chron. Bronchitis ja Allergien ja
Augenjucken/ Niesen ja Wenn ja, welche _____
Schlaganfall ja Anfallsleiden ja
Krebs ja Sonstiges: _____

14. Ich bin regelmäßig in Behandlung bei:

Lungenarzt ja Kardiologe ja Orthopäde ja
Urologe ja Neurologe ja sonstiges _____

15. Ich hatte folgende Operationen:

Keine
Herz-OP ja Brust-OP ja
Gefäße-OP ja Gebärmutter-OP ja
Krebs-OP ja Mandeln-OP ja
Schilddrüse-OP ja Blinddarm-OP ja
Gallenblase-OP ja Bruch-OP ja
Sonstige: _____

16. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja* nein

*Wenn ja, welche und wie oft? _____

Aktuelle Beschwerden

Rückenschmerzen

Brustschmerzen

Bauchschmerzen

Schmerzen wellenförmig krampfartig brennend

Wenn ja, wo _____

Wenn Sie Rückenschmerzen oder Schmerzen angekreuzt haben füllen Sie bitte den beiliegenden Schmerzfragebogen aus.

Durst vermehrt vermindert normal

Appetit vermehrt vermindert normal

Stuhlgang Durchfall Verstopfung normal

Wasserlassen mit Brennen Startschwierigkeiten normal

Nachts öfter

Nachtschwitzen vermehrt normal

Gewicht Zunahme ___ kg Abnahme ___ kg

konstant

Mir ist sehr oft kalt/warm ja nein

Ich schwitze übermäßig ja nein

Ich habe oft Kopfschmerzen ja nein

Ich habe Luftnot/Luftmangel: im Liegen
 beim Treppensteigen
 bei Aufregung

Ich habe Husten ja nein

Ich habe Auswurf ja nein

Ich habe Schwindel ja nein

Ich habe Herzrasen/- klopfen ja nein

Ich habe Fieber ja nein

Liebe Patienten,

Ich möchte Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie mir Ihre Vorstellung, wie SIE behandelt werden möchten:

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Gesundheitsleistungen, die für mich geeignet und medizinisch sinnvoll sind, auch wenn Sie über das Leistungsspektrum meiner Krankenkasse hinausgehen.

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

Ihr Praxisteam