



ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie sind erste mal in unsere Praxis. Um Sie besser kennen zu lernen und Ihnen in Ihrem Anliegen besser helfen zu können brauchen wir viel Information. Wir können Wartezeiten in der Praxis deutlich verkürzen, wenn solche Information vorab in Ihrer Kartei eingetragen wird.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen Zuhause aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese nächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und niemandem weitergegeben.

1. Name, Vorname:

2. Beruf: Beschäftigt als _____ bei _____

3. bin erreichbar unter: ☎ _____ oder e-mail: _____

4. Ich bin beschwerdefrei und wünsche nur ein „Check up“: ja

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

6. Ich bin regelmäßig in der Behandlung bei:

Lungenarzt ja Kardiologe ja Orthopäde ja

Urologe ja Neurologe ja sonstiges _____

7. Frischen Sie bitte meine Impfungen auf: _____

8. Ich besitze einen Impfpass: ja nein

Zeigen Sie uns bitte Ihren Impfausweis, damit wir Ihren Impfschutz auf Vollständigkeit prüfen können. Wenn Sie den Ausweis nicht dabei haben, bringen Sie ihn bitte zum nächsten Besuch mit!

9. Bei mir sind folgende Erkrankungen bekannt: keine

Cholesterin zu hoch Ja Bluthochdruck Ja

Herzkrankheit Ja Magenerkrankung Ja

Diabetes Ja Schilddrüse Ja

Diät Ja Hepatitis A / B / C Ja

mit Insulin Ja

ohne Insulin Ja Schlaganfall Ja

Schwindelanfälle Ja Rheuma Ja

Nierenerkrankung Ja Hautkrankheit Ja

Asthma /chron. Bronchitis Ja Anfallsleiden Ja

Sonstiges: _____

10. Ich hatte folgende Operationen:

Keine	<input type="checkbox"/>		
Herz-OP:	Ja <input type="checkbox"/>	Brust	Ja <input type="checkbox"/>
Gefäße-OP	Ja <input type="checkbox"/>	Gebärmutter	Ja <input type="checkbox"/>
Krebs - OP	Ja <input type="checkbox"/>	Mandeln	Ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüse -OP	Ja <input type="checkbox"/>	Blinddarm	Ja <input type="checkbox"/>
Gallenblase-OP	Ja <input type="checkbox"/>	Bruch-Op	Ja <input type="checkbox"/>

Sonstiges: _____

11. Bei mir ist folgende Allergie bekannt:

Penicillin, Medikamente*, Aspirin, Hausstaubmilben, Tierhaare, Nahrungsmittel, Blütenstaub, Metalle,

Sonstiges: _____

*Wenn ja, welche? _____

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

Herzkrankheit/Herzinfarkt	ja <input type="checkbox"/>	bei wem? _____
Blutzuckerkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	bei wem? _____
Schlaganfall	ja <input type="checkbox"/>	bei wem? _____
Krebs*	ja <input type="checkbox"/>	bei wem? _____

*Wenn ja, welcher? _____

13. Vegetative Anamnese

Durst	normal <input type="checkbox"/>	vermehrt <input type="checkbox"/>	vermindert <input type="checkbox"/>		
Appetit	normal <input type="checkbox"/>	vermehrt <input type="checkbox"/>	vermindert <input type="checkbox"/>		
Stuhlgang	normal <input type="checkbox"/>	Durchfall <input type="checkbox"/>	Verstopfung <input type="checkbox"/>		
Wasserlassen	normal <input type="checkbox"/>	mit Brennen <input type="checkbox"/>	Startschwierigkeiten <input type="checkbox"/>	nachts öfter <input type="checkbox"/>	
Nachtschwitzen	normal <input type="checkbox"/>	vermehrt <input type="checkbox"/>			
Gewicht	konstant <input type="checkbox"/>	Abnahme <input type="checkbox"/>	___kg	Zunahme <input type="checkbox"/>	___kg
Mir ist sehr oft kalt/warm			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Ich schwitze übermäßig			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Ich habe oft Kopfschmerzen			nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	

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

14. Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja* nein

*Wenn ja, welche und wie oft?

Liebe Patienten,

Wir möchten unsere Patienten individuell und optimal behandeln! Was möchten Sie?

- Ich möchte nur diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die medizinisch notwendig sind und von meiner gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.
- Ich möchte optimal behandelt werden. Bitte informieren Sie mich deshalb über ergänzende Individuelle Gesundheitsleistungen, die in meinem Fall geeignet und sinnvoll sind.

Liebe Patienten,

uns interessiert es, wie Sie in unsere Praxis gekommen sind:

Telefonbuch Nach Empfehlung Annonce in der Zeitung Zufällig
Internet Gelbe Seite Mundpropaganda Sonstiges

Nutzen Sie das Internet? nein ja

Auf unserer Webseite www.medicus-today.de informieren Sie sich schnell über unser Leistungsangebot, aktuelle Gesundheitsthemen und unser Team.

Als unser Patient können Sie dort bequem Wiederholungsrezepte oder Überweisungen vorbestellen.

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

Ihr Praxisteam