



## ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis. Wir möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und unsere gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihren Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus! Besprechen Sie offene Fragen – falls erforderlich – mit Ihren Angehörigen. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

### Persönliche Daten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Familienstand:

verheiratet  verwitwet  geschieden  ledig  in Beziehung lebend

Kinder:

Beruf:

**Kontaktdaten:** Telefon / Handy:

Mail:

### Gesundheitsfragen

**Größe:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ m

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ kg

**Allergien:**  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Arzneimittelunverträglichkeit:**  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ernährung:**  Mischkost  vegetarisch  vegan

**b.w.**

**Eigene Erkrankungen / Operationen:**

- |   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall  | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung   |
| <input type="checkbox"/> Nierenschwäche | <input type="checkbox"/> Thrombose   | <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star    | <input type="checkbox"/> Grüner Star | <input type="checkbox"/> Schilddrüse   | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Asthma         | <input type="checkbox"/> COPD        | <input type="checkbox"/> Diabetes      |  |

psychische Erkrankung(en): \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten: \_\_\_\_\_

Krebserkrankung(en): \_\_\_\_\_

Operationen:  Schilddrüse     Blinddarm     Gallenblase     Mandeln

andere: \_\_\_\_\_

**Welche Fachärzte besuchen sie regelmäßig?**

- |                                       |                                    |                                      |  |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kardiologe   | <input type="checkbox"/> Orthopäde | <input type="checkbox"/> Nephrologie | <input type="checkbox"/> Endokrinologe |
| <input type="checkbox"/> Diabetologie | <input type="checkbox"/> Augenarzt | <input type="checkbox"/> Urologe     | <input type="checkbox"/> Gynäkologe    |
- andere \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig in welcher Dosierung ein?**

	Präparat	Dosis		Präparat	Dosis
1			5		
2			6		
3			7		
4			9		
5			10		

**Kinderkrankheiten:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Masern                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Windpocken/Feuchtblattern/Wasserpocken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Keuchhusten                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Mumps/Ziegenpeter                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Scharlach                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Röteln                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Vorsorge:

Haben Sie einen kompletten Impfschutz?  Ja  Nein

Bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihr Impfbuch mit!

Letzte Vorsorge-Untersuchung (Check Up 35 o.ä.)? \_\_\_\_\_

Letzte Hautkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Letzte Darmkrebs-Vorsorge? \_\_\_\_\_

Letzte Prostatakrebs-Vorsorge (falls zutreffend)? \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig Sport?  Ja  Nein

Sportart(en): \_\_\_\_\_ h / Wo.

### Familiäre Erkrankungen (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante):

Herzkrankheit/Herzinfarkt ja  bei wem? Alter? \_\_\_\_\_

Blutzuckerkrankheit ja  bei wem? Alter? \_\_\_\_\_

Schlaganfall ja  bei wem? Alter? \_\_\_\_\_

Krebserkrankung ja  bei wem? Alter? \_\_\_\_\_

Welche Art? \_\_\_\_\_

(Wenn möglich, bitte immer das Alter bei Erkrankungsbeginn angeben!)

### Nikotin / Alkohol:

Rauchen Sie?  Ja  Nein

Haben Sie mal regelmäßig geraucht?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Zigaretten / Pfeifen / Zigarren pro Tag über/ seit \_\_\_\_\_ Jahre(n)

Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein

Wenn ja, Bier:  täglich  wöchentlich  gelegentlich Menge: \_\_\_\_\_

Wein:  täglich  wöchentlich  gelegentlich Menge: \_\_\_\_\_

Spirituosen:  täglich  wöchentlich  gelegentlich Menge: \_\_\_\_\_

Konsumieren Sie Drogen?  Ja  Nein

Haben Sie Drogen konsumiert?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Wir möchten Sie individuell und optimal behandeln! Bitte geben Sie uns 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.

**Uns interessiert es, wie Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden sind:**

- Überweisung       Telefonbuch / Gelbe Seiten
- Internet             Empfehlung von: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **Information**

Unsere Praxis plant zukünftig die Einführung eines Recall-Systems. Wünschen Sie in diesem Rahmen über Vorsorgetermine, anstehende Impfungen und Neuigkeiten zur Praxis (z.B. geänderte Öffnungszeiten, Urlaub, Gesundheitsangebote etc.) informiert zu werden?

via E-Mail             Ja             Nein

### **Einverständnis der Datenschutzerklärung**

Ich habe die [Datenschutzerklärung](#) der Praxisgemeinschaft Dr. Nolopp gelesen und bin mit dieser einverstanden.

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

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

**Ihr Praxisteam**