

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruf: _____

Folgende Personen dürfen für mich **Rezepte, Formulare oder Befunde** entgegennehmen
Vor- und Nachname **Status (Ehemann, Tochter, etc.)**

Folgende Personen dürfen **Auskunft über meinen Gesundheitszustand** und mich
betreffende Befunde erhalten: selbige Personen wie oben genannt
Vor- und Nachname **Status (Ehemann, Tochter, etc.)**

Haben Sie **Allergien**? nein ja welche: _____

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck nein Vater Mutter Großeltern

Herzerkrankungen nein Vater Mutter Großeltern

Schlaganfall nein Vater Mutter Großeltern

Zuckererkrankungen, Diabetes nein Vater Mutter Großeltern

Gicht nein Vater Mutter Großeltern

Brustkrebs nein Vater Mutter Großeltern

Darmkrebs nein Vater Mutter Großeltern

andere Tumorerkrankungen nein Vater Mutter Großeltern

wenn ja, welche _____

Depressionen nein Vater Mutter Großeltern

Epilepsie (Krampfanfälle) nein Vater Mutter Großeltern

Thrombose oder Lungenembolie nein Vater Mutter Großeltern

Durchblutungsstörungen nein Vater Mutter Großeltern

Sozialanamnese

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Kinder: nein ja, wie viele _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?
seit wann?

Bluthochdruck nein ja _____
Herzinfarkt nein ja _____
Herzerkrankungen nein ja _____
Schlaganfall nein ja _____

Durchblutungsstörungen der Beine nein ja _____
Zuckerkrankheit/Diabetes nein ja _____
Fettstoffwechselstörungen nein ja _____
Tumorerkrankungen nein ja welche: _____
Lebererkrankungen nein ja _____
chron. Infektionskrankheit nein ja _____
Blutungsstörungen nein ja _____
Lunge: Asthma, COPD nein ja _____
Thrombose, Lungenembolie nein ja _____
Augenerkrankungen nein ja _____

Psychische Erkrankungen nein ja _____
Krampfleiden nein ja _____
Operationen nein ja _____

Rauchen Sie? nein ja wie viel: _____
 nicht mehr seit: _____
Konsumieren Sie regelmäßig **Alkohol**? nein ja wie viel: _____
Besitzen Sie einen Impfpass? nein ja bitte bei Gelegenheit bringen.

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? (Name, Dosierung, Einnahmezeitpunkt) ggf. Medikamentenplan beilegen falls vorhanden

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter nein ja wann: _____
Darmspiegelung nein ja wann: _____
Gyn. Untersuchung nein ja wann: _____
Check-up nein ja wann: _____

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm) teil? nein ja
wenn ja, an welchem? KHK Asthma COPD Diabetes

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Dres. Binder, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen und zu verarbeiten und mit befugten Dritten zu Teilen zum Zwecke der Datenverarbeitung im medizinischen Sinne. Hinweise zum Zweck der Datenverarbeitung, zur Speicherung meiner Gesundheitsdaten und über die rechtlichen Grundlagen sind mir bekannt und können jederzeit am Aus hang im Wartezimmer eingesehen werden.

Datum

Unterschrift

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen an der Anmeldung ab.
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. **Ihr Praxisteam**