

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: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Versicherung: _____

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

Zuckererkrankung, 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 _____
- allergische Reaktion nein ja worauf _____
- 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.

letzte Impfung: _____ **Gewicht:** _____
Größe: _____

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel 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

Datum

Unterschrift