

Anamnesebogen

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- Google
- Doctolib
- Empfehlung
- Zeitungsinserat, Zeitung: _____
- Plakat (Ort): _____
- Sonstig: _____

Name:	Adresse:
Telefonnummer:	Email:
Geburtstag:	Größe in cm/Gewicht in kg:
Bisheriger Hausarzt:	Fachärzte:
Beruf:	Familienstand:
Nikotinkonsum (in Päckchen/Tag):	Alkoholkonsum:

Bitte geben Sie Ihre Vorerkrankungen an (zutreffendes gerne unterstreichen oder ergänzen):

- Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Brustenge, Herzmuskelentzündung, Herzrhythmusstörungen, Klappenerkrankung, Bluthochdruck)
- Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie)
- Lungenerkrankungen (z.B. COPD, Asthma)
- Bluterkrankungen oder erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasen- bzw. Zahnfleischbluten)
- Krebserkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Gicht, Schilddrüsenüber-/unterfunktion)
- Erkrankungen der Knochen, Muskeln oder des Bindegewebes (z.B. Arthrose, Osteoporose)
- Magen- /Darmerkrankungen (z.B. Sodbrennen, Magengeschwür, chronische Darmerkrankungen)
- Erkrankungen der Leber oder Gallenwege (z.B. Leberverfettung, Hepatitis, Gallensteine)
- Nieren-/Harnwegserkrankungen (z.B. Niereninsuffizienz, Nieren-/Blasensteine, häufige Infekte)
- Erkrankungen der Augen/Ohren
- Rheumatologische Erkrankungen (z.B. Rheumatoide Arthritis, Lupus)
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Demenz, Parkinson)
- Psychische Erkrankungen (z.B. Angststörungen, Depression, Schizophrenie)
- Hauterkrankungen
- Operationen (mit Jahreszahl): _____

Erkrankungen in der Familie: _____

Leiden Sie an einer/mehrerer dieser Erkrankungen: Asthma, COPD, KHK, Diabetes mellitus?	
<input type="checkbox"/> Ja, _____	<input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie einen Medikamentenplan?	
<input type="checkbox"/> Ja (Bitte an der Anmeldung abgeben)	<input type="checkbox"/> Nein (Bitte Präparate mit Name, Dosis und Einnahmeschema angeben)

Falls zutreffend: Bitte geben Sie Ihre Allergien (v.a. Medikamentenallergien) und die zugehörige allergische Reaktion an:	
Allergie: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Allergische Reaktion: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

Nehmen Sie an einem/mehreren DMP (bspw. für KHK, Diabetes, Asthma/ COPD) teil?	
<input type="checkbox"/> Ja, _____	<input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie einen Pflegegrad?	
<input type="checkbox"/> Ja, Grad ____	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie einen Grad der Behinderung?	
<input type="checkbox"/> Ja, ____ %	<input type="checkbox"/> Nein

Bei allen Neupatienten bieten wir den gesetzlich empfohlenen Check-Up an (Blutentnahme, Urinuntersuchung, körperliche Untersuchung, Prüfung des Impfstatus - entsprechend des Alters noch mehr). Sind Sie damit einverstanden, dass wir diesen Check-Up durchführen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für Mitarbeiter: <input type="checkbox"/> Durchführung am selben Tag	<input type="checkbox"/> Durchführung terminiert