

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name: Vorname:

Geburtsdatum: Telefon:

Fax: Handy:

E-Mail:

Beruf:

Körpergröße: cm Gewicht: kg

Treiben Sie Sport/Freizeitaktivitäten?

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leistungssport | <input type="checkbox"/> Radfahren | <input type="checkbox"/> Reiten |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen | <input type="checkbox"/> Gesundheitssport | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wer war Ihr Hausarzt?

.....

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen/Infektionen?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Asthma/COPD | <input type="checkbox"/> Arthrose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Gemütskrankung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIV | | |

Andere, nicht aufgeführte:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil?

- ja nein

Wenn "Ja", an welchem?

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> COPD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> chronische Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Möchten Sie eine hausarztzertifizierte Versorgung?

- ja nein

Nehmen Sie Medikamente regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates)

Wenn "Ja", welche?
.....
.....

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

ja nein

Wenn "Ja", welche?
.....

Sind Sie geimpft, gegen:

Tetanus Diphtherie Masern
 Pneumokokken Keuchhusten weiß nicht

Wenn es Ihnen möglich ist, so bringen Sie bitte Ihren Impfausweis zum nächsten Termin mit.

Für Patienten ab 35 Jahre:

Wann war Ihr letzter Check-up?

Wann wurde die letzte Hautkrebs-Vorsorge durchgeführt?

Rauchen:

ja nein aufgehört

Wenn "Ja", wie viele Zigaretten täglich:

Anzahl der Raucherjahre:

Alkohol:

überhaupt keinen selten regelmäßig
 täglich

Seit wann:

Drogen:

überhaupt keine selten regelmäßig
 täglich

Seit wann:

Vorerkrankungen in der Familie:

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen der Beine |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hatten Sie eine der folgenden Kinderkrankheiten?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Pseudokrupp |
| <input type="checkbox"/> Norovirus-Infektion | <input type="checkbox"/> Rotavirus-Infektion | <input type="checkbox"/> Dreitagefieber |
| <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Pfeifferisches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Diphtherie | |

Hatten Sie bereits eine/mehrere Operation/en?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Operation am Darm | <input type="checkbox"/> Darmriss | <input type="checkbox"/> Implantation einer Hüftgelenkprothese |
| <input type="checkbox"/> Gallenblasenentfernung | <input type="checkbox"/> Leistenbruch verschließen | <input type="checkbox"/> Entfernung von z. B. Platten, Schrauben nach Knochenbrüchen |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Krampfadern-Entfernung | <input type="checkbox"/> Implantation einer Kniegelenkprothese |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenoperation | <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation | <input type="checkbox"/> Offene chirurgische Behebung einer Gelenksfehlstellung |
| <input type="checkbox"/> Operation an der Wirbelsäule | | |

Andere, nicht aufgeführte:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Haben Sie chronische Beschwerden?

- ja nein

Wenn "Ja", welche?

.....

Was haben Sie für aktuelle Beschwerden?

.....

.....

Fachärzte, bei denen Sie in Behandlung sind:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Pathologie |
| <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Psychologie |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sind Sie in einer Behandlung einer Rehamaßnahme? ja nein

Wenn "Ja", welche?

.....

Sind Sie in einer Behandlung einer Kurmaßnahme? ja nein

Wenn "Ja", welche?

.....

Haben Sie eine Pflegestufe? ja nein

Wenn "Ja", welche?

Besitzen Sie eine Vorsorgevollmacht? ja nein

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regulierungen an Dritte, z. B. Fachärzte, Psychotherapeuten oder Kostenträger, übermittelt werden:

ja nein

Möchten Sie über Vorsorgetermine informiert werden? ja nein

Dürfen wir Ihnen als besonderen Service unseren E-Mail-Patientenbrief mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gesundheit und Vorsorge sowie aktuellen Praxisinformationen zusenden?

ja nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Dr. Multhaupt, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen.

Datum

Unterschrift