



Anamnesebogen für neue Patienten

Liebe Patientin,
lieber Patient!

Wir freuen uns Sie in unserer Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> KHK |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> Operationen | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | |

Wenn „Ja“, welche: _____

Andere, nicht aufgeführte: _____

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

Wenn „Ja“, an welchem: KHK Asthma COPD Diabetes

Nehmen Sie **Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Vitamine** regelmäßig ein?

Medikament	morgens	mittags	abends

Wichtig!

Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

Allergien: Ja Nein Wenn „Ja“, welche: _____

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg

Wann wurden Sie zuletzt **geimpft**, gegen:

Tetanus: _____ Diphtherie: _____
Pneumokokken: _____ Keuchhusten: _____
Masern: _____

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**? _____

Hatten Sie schon einmal eine **Darmspiegelung**? Ja, wann: _____ Nein

Rauchen: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viele Zigaretten täglich: _____
Seit wann: _____

Alkohol: Ja Nein Wenn „Ja“, wie viel und wie häufig: _____

Seit wann: _____

Letzte **Augenkontrolle** am: _____

ohne Befund Netzhautschäden

Letztes **EKG/Belastungs-EKG** am: _____

Letzte **Langzeit Blutdruckmessung:** _____

Wichtig!

Sind **in Ihrer Familie** folgende Erkrankungen bekannt:

- Herzinfarkt Diabetes Bluthochdruck Krebserkrankungen
 Schlaganfall Durchblutungsstörung der Beine

Freizeitaktivitäten/ Sport: _____

Beruf: _____

Wohnsituation: mit Partner lebend Kinder im Haus berentet alleinstehend

Bisheriger Hausarzt/Kinderarzt (Adresse): _____

Haben sie einen Organspendeausweis: JA NEIN

Was ist ihr konkretes **Anliegen** an uns:

- Hausärztliche Betreuung Beratung Vorsorge Kontrolle
 akute Beschwerden Husten Schmerzen Fieber Übelkeit
 Andere: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Praxis Yildirim, meine Daten in meine Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich versichere hiermit in den letzten 3 Jahren keine Gesundheitsuntersuchung und Hautkrebsuntersuchung gehabt zu haben (sonst bitte diesen Abschnitt streichen)

Sind Sie damit einverstanden, dass wir Sie in unser Erinnerungssystem aufnehmen um Sie an Termine und Untersuchungen zu erinnern?

JA NEIN

Datum

Unterschrift