

Liebe Patientin,
lieber Patient!

Dieser Anamnesefragebogen dient Ihrer Gesundheit. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur aufgenommen, um Sie optimal medizinisch behandeln zu können.

Bitte lesen Sie sich den Bogen gut durch und füllen Sie ihn vor der ärztlichen Konsultation sorgfältig aus. Sollten Sie heute nicht alle Informationen zur Hand haben, Hilfe benötigen oder eine Frage lieber persönlich beantworten möchten, weisen Sie uns bitte darauf hin. Wir stehen Ihnen gerne zur Seite.

PATIENTENANGABEN

Name: Vorname:

Beruf:

Geschlecht: männlich weiblich Partnerschaft: ja nein

Kinder:

Mobilnummer: E-Mail:

ALLGEMEINES

1. Allergien

gegen Medikamente:

andere Allergien:

2. Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag?

Wie lange rauchen Sie?

In Jahren

3. Trinken Sie Alkohol?

ja nein nur gelegentlich

Wenn ja, was und wie viele Gläser/Woche?

4. Körpergröße

cm

Körpergewicht

kg

5. Sind Sie schwanger?

- ja
 nein
 vielleicht

6. Treiben Sie regelmäßig Sport?

- ja
 nein

Wenn ja, was und wie oft pro Woche?

7. Welche gesundheitlichen Beschwerden führen Sie zu uns?

8. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt?

Wenn ja, welche: (Bsp.: Bluthochdruck, Diabetes, Asthma, Depression, Gicht etc.)

9. Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt?

Wenn ja, welche: (Bsp.: Hepatitis, HIV)

10. Bestehen oder bestanden bei Eltern, Geschwistern oder Großeltern eine der folgenden Erkrankungen:

- Bluthochdruck
 Diabetes
 Herzinfarkt
 Schlaganfall
 Krebs
 Fettstoffwechselstörung

Bei Wem?

11. Haben Sie Operationen durchführen lassen?

Wenn ja, welche und wann? (Bsp.: Herzkatheter 2/2014)

12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche:

Name & Dosis	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Bemerkung
<i>Bsp.: Ramipril</i>	1	0	0	0	

13. Haben Sie einen Hausarzt?

- ja nein

Wenn ja, bitte teilen Sie uns Namen und Anschrift mit:

VORSORGE

14. Wann war die letzte Gesundheitsvorsorgeuntersuchung (Check-up 35)?

15. Wann wurde das letzte Hautkrebss-Screening durchgeführt?

16. Wenn Sie über 50 Jahre alt sind, wann wurde die letzte Darmkrebsvorsorge durchgeführt (Test auf Blut im Stuhl)?

17. Wenn Sie über 55 Jahre alt sind, wann wurde die letzte Darmspiegelung durchgeführt?

18. Haben Sie einen Impfausweis?

- ja nein

Wenn ja, wann wurde Ihr Impfstatus zuletzt überprüft?

19. Möchten Sie an anstehende Vorsorgeuntersuchungen per E-Mail und/ oder SMS erinnert werden?

- ja nein
-

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben. Ausstehende Fragen und Unklarheiten können Sie mit dem Praxispersonal vorab oder mit der behandelnden Ärztin persönlich besprechen.

Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine private Telefonnummer und meine private E-Mail-Adresse für interne Zwecke in unserem Terminierungssystem **Doctolib** gespeichert werden. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden über meinen Termin per SMS und E-Mail informiert zu werden. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben.

Datum:

Unterschrift Patient:
