



NEUPATIENTEN: Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| Bluthochdruck | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzkranzgefäße, Herzinfarkt | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Herzerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Durchblutungsstörungen der Beine | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Zuckerkrankheit/ Diabetes | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Fettstoffwechselstörung | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Tumorerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lebererkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Chronische Infektionskrankheiten | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Blutungsstörungen, Bluterkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Lungenerkrankung (Asthma, COPD) | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Thrombose o. Lungenembolie | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Augenerkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Psychische Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Operationen/ Unfälle | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |
| Sonstiges | Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> | |

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viel: Nicht mehr seit:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Wenn ja, wie viel:

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente? Nein Ja
- Wenn ja, gegen welche?
- Andere Allergien?

Wie groß sind Sie: (cm) Wieviel wiegen Sie: (kg)

Haben Sie in den **letzten 6 Monaten** stark zu- oder abgenommen? Nein zu ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....
.....
.....

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzkranzgefäße, Herzinfarkt Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckerkrankheit/ Diabetes Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutungsstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Thrombose o. Lungenembolie Nein Ja

Sozialanamnese

Familienstand: Kinder:

Für Kinder: gemeinsames Sorgerecht alleiniges Sorgerecht Vater Mutter

Sport (was & wie oft?)

Gibt es bei Ihnen einen wichtigen Punkt, den Sie mir hier noch mitteilen möchten?

.....

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe.

Bitte geben Sie den Anamnesebogen an der Anmeldung ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Zudem bitten wir Sie den Aushang zum Datenschutz zur Kenntnis zu nehmen.

Lemberg, den _____ Unterschrift: _____