

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns Sie in der Gemeinschaftspraxis an der Pfingz begrüßen zu dürfen.
Um Sie bestmöglich beraten zu können bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ Geschlecht: _____
Telefon: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Freizeitaktivitäten/ Sport: _____
Beruf: _____

Persönliche- & Wohnsituation: ☐ mit Partner lebend ☐ Kinder im Haus ☐ berentet ☐ alleinstehend
Haben Sie Kinder? ☐ Ja ☐ Nein Wenn „Ja“, wie viele: _____

Körpergröße: _____ Gewicht: _____

Vorerkrankungen und Medikamente

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Herzschwäche/ KHK | ☐ Lungenerkrankungen | ☐ Schlaganfall |
| ☐ erhöhte Blutfette | ☐ Operationen | ☐ Krebserkrankungen |
| ☐ Thrombose | ☐ Baucherkrankungen | ☐ psychische Erkrankungen |

Andere, nicht aufgeführte: _____

Nehmen sie an einem „Disease Management Programm“ (DMP) teil? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, an welchem? ☐ KHK ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Welches Präparat in welcher Dosis?)

Medikament	morgens	mittags	abends

Haben Sie bekannte Allergien (Medikamente, Lebensmittel, Heuschnupfen, ...)?

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

Impfungen

Wann wurden Sie zuletzt geimpft?

Tetanus: _____

Diphtherie: _____

Pneumokokken: _____

Keuchhusten: _____

Masern: _____

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis spätestens zum nächsten Termin mit.

Check-Up

Für PatientInnen ab 35 Jahre: Wann war Ihr letzter Check-Up? _____

Darmspiegelung

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? ☐ Ja, zuletzt am: _____ ☐ Nein

Rauchen/ Alkohol

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein Wenn „Ja“ wie viele Zigaretten täglich: _____

Seit wann: _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein Wenn „Ja“ wieviel und wie häufig: _____

Seit wann: _____

Familiäre Disposition

Sind in Ihrer Familie folgende Erkrankungen bekannt:

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| ☐ Herzinfarkt | ☐ Diabetes | ☐ Bluthochdruck | ☐ Krebserkrankungen |
| ☐ Schlaganfall | ☐ Durchblutungsstörung der Beine | | |

Was ist Ihr konkretes **Anliegen** an uns?

☐ Hausärztliche Betreuung ☐ Regelmäßige Kontrollen bei Diabetes

☐ Andere: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Gemeinschaftspraxis an der Pfinz meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Gemeinschaftspraxis an der Pfinz vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift