

Einen schönen guten Tag,

damit wir uns Zeit für Ihre Gesundheit nehmen und Sie optimal beraten können, ist es wichtig, dass Sie uns diesen Anamnesefragebogen zu Ihrer Gesundheit ausfüllen. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

Bei Rückfragen wird Ihnen unser Praxisteam gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name: _____ **Geburtsdatum:** _____

Allgemeine Anamnese:

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Rauchen Sie? Nein Ja Ex-Raucher Wie viele Zigaretten am Tag?

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Nein Ja

Wann war die letzte Gesundheits- und/oder Vorsorgeuntersuchung (Check-up)? _____

Wann war die letzte Hautkrebs-Vorsorge? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt? Nein Ja Wann? _____

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden bekannten Diagnosen bzw. Vorerkrankungen?

Bluthochdruck (*Hypertonus*) Nein Ja Seit wann? _____

Zuckerkrankheit (*Diabetes*) Nein Ja Seit wann? _____

Tumorerkrankung Nein Ja Seit wann? _____

Nierenerkrankung Nein Ja Seit wann? _____

Lebererkrankung Nein Ja Seit wann? _____

Hautkrankheit Nein Ja Seit wann? _____

Fettstoffwechselstörung (*erhöhtes Cholesterin*) Nein Ja Seit wann? _____

Gicht Nein Ja Seit wann? _____

Blutgerinnungsstörung Nein Ja Seit wann? _____

Asthma/COPD Nein Ja Seit wann? _____

Herzkrankheit Nein Ja Seit wann? _____

Psychische Erkrankung Nein Ja Seit wann? _____

Anfallsleide (*Epilepsie*) Nein Ja Seit wann? _____

Ansteckende Krankheiten (*HIV, Hepatitis*) Nein Ja Seit wann? _____

Andere Vorerkrankungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

Welche Medikamente/Doesierung/Einnahme?: _____

Bekannte Allergien oder Unverträglichkeiten gegen Medikamente? Nein Ja

Wenn ja, gegen welche? _____

Andere Allergien: _____

Wurden Sie schon einmal operiert?

Was?	Wann?	Wo?

Besteht oder bestanden bei nahen Verwandten eine der folgenden Erkrankungen?

- Bluthochdruck Nein Ja
- Herzinfarkt Nein Ja
- Schlaganfall Nein Ja
- Tumorleiden (Krebs) Nein Ja Wenn ja, welcher Art? _____
- Blutzuckerkrankheit Nein Ja
- Fettstoffwechselstörung Nein Ja

Werden Sie von anderen Ärzten behandelt bzw. betreut?

Arzt mit Fachrichtung und Ort	Weshalb befinden Sie sich dort in Behandlung

Gibt es etwas, auf das wir in besonderem Maße achten müssen oder etwas, das Ihnen besonders am Herzen liegt? _____

Ist Ihr Impfschutz auf dem aktuellen Stand? Nein Ja

Wenn nicht, bringen Sie bitte zur nächsten Untersuchung Ihren Impfpass mit.

Gerne würden wir Sie an anstehende Vorsorgetermine oder Impfungen per eMail/Telefon erinnern.

Einverstanden: Nein Ja

Uns interessiert, wie Sie auf uns aufmerksam wurden:

Empfehlung Internet Telefonbuch Sonstiges _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Fragen korrekt und vollständig beantwortet zu haben.

Ort/Datum

Unterschrift Patient oder gesetzlicher Vertreter