# ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin,
lieber Patient,

wir freuen uns Sie bei uns in der Arztpraxis Wolferode begrüßen zu dürfen.
Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen ausfüllen.

**Persönliche Daten**

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnr.: _____ Handynr.: _____

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt:

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Diabetes | ☐ Schilddrüsenerkrankungen | ☐ Bluthochdruck | ☐ Herzkrankheiten |
| ☐ Herzschwäche | ☐ Lungenerkrankungen | ☐ Schlaganfall | ☐ Hautkrankheit |
| ☐ erhöhte Blutfette | ☐ Operationen | ☐ Krebserkrankungen | ☐ Infektionskrankheiten |
| ☐ Thrombose | ☐ Magen- / Darmerkrankungen | ☐ Gicht / Rheuma | ☐ Immunkrankheiten |
| ☐ Anfallsleiden | ☐ Nierenkrankheiten | ☐ psychische Erkrank. | ☐ Gerinnungsstörung |

Wenn „Ja“, welche:

Andere, nicht aufgeführte: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

**Wichtig!** Leidet jemand **aus Ihrem Familienkreis** an oben genannten Erkrankungen: _____

_____

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

Wenn „Ja“, an welchem: ☐ 0'0 ☐ Asthma ☐ COPD ☐ Diabetes

Nehmen Sie bereits an einem **HZV-Modell** (Hausärzteverband) teil? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“: ☐ HZV-AOK ☐ HZV-BKK ☐ HZV-EK ☐ HZV-LKK ☐ HZV-_____

Nehmen Sie **Medikamente (auch „Pille“)** regelmäßig ein? (Bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

| Medikament | morgens | mittags | abends |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**bitte wenden ▪**

**Wichtig!**
Haben Sie bekannte Allergien (vor allem gegen Medikamente)?

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

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**:

Letzte **Augenkontrolle** am:

☐ ohne Befund ☐ Netzhautschäden

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

Letzte **Langzeit-Blutdruckmessung**

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:

**Körpergröße:** _____cm **Gewicht:** _____kg

**Freizeitaktivitäten / Sport:**

**Beruf:**

**Wohnsituation** ☐ mit Partner lebend ☐ Kinder im Haus ☐ berentet ☐ alleinstehend

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

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Falls erforderlich, ermöglichen wir Ihnen immer einen Termin am selben Tag. Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können. Vielen Dank.

Wir bieten auch die Teilnahme an verschiedenen Hausarzt-Modellen an, mit vielen Vorteilen für unsere Patienten. Bei Interesse Fragen Sie uns bitte.

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

Datum, Unterschrift

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