

## Anamnesebogen 1 / 3

**Liebe Patientin, lieber Patient,**

für eine optimale Betreuung füllen Sie bitte diesen Anamnesebogen aus. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Vor- und Nachname		
Adresse		
Telefon, Handy		
E-Mail-Adresse		
Familienstand, Kinder		

**Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der nachfolgenden Erkrankungen?**

Falls ja, kreuzen Sie die Erkrankung an. Sie können Ihre Erkrankung in der Zeile kurz erläutern.

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen (z. B. Rhythmusstörungen, Herzinfarkt, Insuffizienz)
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörung der Beine
<input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung/Cholesterin
<input type="checkbox"/>	Schilddrüsenerkrankung (z. B. Über- oder Unterfunktion)
<input type="checkbox"/>	Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD)
<input type="checkbox"/>	Lebererkrankungen
<input type="checkbox"/>	Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Augenerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen/Krampfleiden
<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/>	Chronische Infektionskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen

## Anamnesebogen 2 / 3

**Wurden Sie schon einmal operiert?** Wenn ja, was wurde operiert:

--

**Leiden Sie an Allergien?** Medikamenten-Allergien? Andere Allergien?

--

**Rauchen Sie, oder haben Sie geraucht?**

Wenn ja, wie viele Zigarretten:

**Trinken Sie regelmäßig Alkohol?**

Wenn ja, wie viel:

--	--

**Treiben Sie regelmäßig Sport?** Wenn ja, welche Sportart und wie häufig:

--

**Wie groß sind Sie?**

**Wie ist Ihr Gewicht?**

**Hat es sich in den letzten 6 Monaten stark verändert?**

	cm		kg	+		kg	-		kg
--	----	--	----	---	--	----	---	--	----

**Listen Sie Ihre Medikamente auf, sofern Sie regelmäßig welche einnehmen.**

--

**Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit folgende Untersuchungen durchgeführt?**

Falls ja, kreuzen Sie diese bitte an, und ergänzen Sie die Zeitpunkte:

	Magenspiegelung	
	Darmspiegelung	
	Herzkatheter	
	Check-Up ab 35 Jahren	

## Anamnesebogen 3 / 3

**Nehmen Sie an einem DMP-Programm oder auch Cura-Plan teil?**

**Sind folgende Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?**

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	Herzerkrankungen
<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	Durchblutungsstörung der Beine
<input type="checkbox"/>	Diabetes/Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/>	Fettstoffwechselstörung
<input type="checkbox"/>	Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/>	Thrombose oder Lungenembolie
<input type="checkbox"/>	Tumorerkrankungen

**Haben wir noch einen wichtigen Punkt vergessen?**

**Möchten Sie von uns an fällige Termine wie Vorsorgen, Impfungen oder DMPs erinnert werden?**

Ja, per Post.

Ja, per E-Mail.

**Geben Sie den ausgefüllten Anamnesebogen am Empfang ab.**

Dort erhalten Sie auch eine Einwilligung zur Datenverarbeitung, die Sie separat unterschreiben. Bringen Sie außerdem Ihren Impfpass zu Ihrem nächsten Termin mit.

Bitte rufen Sie auch bei akuten Erkrankungen vor Ihrem Besuch in der Praxis an. Dies verhindert lange Wartezeiten. Wenn erforderlich und möglich, werden wir versuchen, noch am selben Tag einen Termin zu vereinbaren. Falls Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab.

**Ort, Datum und Unterschrift**