

Krankengeschichte Anamnese

Fragebogen für Neupatienten zur optimalen Betreuung

Alle Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!

Alle Ihre medizinischen Angaben sind freiwillig!

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Daten elektronisch gespeichert werden!

Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht, es sein denn, Sie genehmigen uns die Weitergabe Ihrer Daten!

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Telefon/ HandyNummer:

E-Mail:

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

	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Seit wann? Nähere Angaben:
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Durchblutungsstörungen der Beine	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Zuckerkrankheit/ Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Chronische Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Krampfleiden/ neurolog. Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Operationen / Wenn ja: Welche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Unfälle	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	.....
Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> trockener Alkoholiker
Entzugstherapien gehabt	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag?			.....

2. Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

Nein Ja

- Gegen Medikamente:

Nein Ja

Wenn ja, gegen welche?

- andere Allergien:

Nein Ja

Wenn ja, welche?

Allergiepass liegt vor

Nein Ja

3. Sind bei Ihnen Nahrungsmittelintoleranzen bekannt?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

4. Größe / Gewicht

Größe cm Gewicht kg

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

Nein zu ab

5. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Wenn vorhanden, legen Sie bitte einen aktuellen Medikamentenplan vor.

6. Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheteruntersuchung Nein Ja Wenn ja, wann:

Magenspiegelung Nein Ja Wenn ja, wann:

Darmspiegelung Nein Ja Wenn ja, wann:

Computertomografie Nein Ja Wenn ja, wann:

Kernspintomografie Wirbelsäule Nein Ja Wenn ja, wann:

7. Einige Fragen zur Familie? Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck Nein Ja

Herzerkrankungen Nein Ja

Schlaganfall Nein Ja

Durchblutungsstörungen der Beine Nein Ja

Zuckererkrankung/ Diabetes mellitus Nein Ja

Tumorerkrankungen Nein Ja

Blutstörungen, Bluterkrankungen Nein Ja

Thrombose oder Lungenembolie Nein Ja

Fettstoffwechselstörungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Rheuma - Immunsystem	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Frühzeitiger (< 60) Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
Psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja

8. Beruf - Arbeitsumfeld / Erlauben Sie uns einige Fragen zu Ihrem Arbeitsleben

berufstätig	<input type="checkbox"/>	Schüler	<input type="checkbox"/>
Rentner	<input type="checkbox"/>	Azubi	<input type="checkbox"/>
arbeitslos	<input type="checkbox"/>	Student	<input type="checkbox"/>

Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Wochenstunden Geistig/ körperlich

Haben Sie momentan Probleme auf der Arbeit? Ja Nein

9. Sozialanamnese - soziales Umfeld / Erlauben Sie uns einige Fragen zu Ihrer Lebenssituation

ledig	<input type="checkbox"/>	Kinder	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja
verheiratet	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie viele:				
geschieden	<input type="checkbox"/>					
verwitwet	<input type="checkbox"/>					

10. Bei welchen Hausarzt waren sie bisher?

.....

11. Bitte geben Sie uns einen Ansprechpartner an, den wir im Ernstfall kontaktieren dürfen:

Name, Vorname:

Tel: Beziehung/ Verwandtschaftsgrad:

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an die o.a.

Kontaktperson weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen. Nein Ja

12. Fragen zu den aktuellen Beschwerden - Weshalb kommen Sie zu uns?

Schmerzen	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>	Fieber	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	Brustenge	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>			

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Bitte geben Sie hier Ihre Beschwerden in Ihren eigenen Worten an:
.....
.....
.....

Falls Sie einen Grund für Ihre Beschwerden wissen, geben Sie diesen hier in Ihren eigenen Worten an:
.....
.....
.....

Gibt es Ihrerseits wichtige Informationen oder bestimmte Wünsche, die sie uns mitteilen möchten?
.....
.....
.....

- Bitte bringen Sie zu jedem weiteren Besuch Ihre Versichertenkarte mit! -

Ich bestätige die Richtigkeit meiner hier gemachten Angaben.
Ich kann sämtliche Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....
Datum, Unterschrift

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Bitte geben Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen am Empfang ab.
Vielen Dank für Ihr Vertrauen!

Gute Besserung und alles Gute

Ihr Team vom

