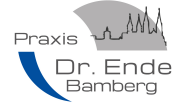


# Neupatienten in der Praxis Dr. Ende



## Erhebungsbogen zur Vorgeschichte

Dieser Anamnesebogen dient Ihrer Gesundheit und Sicherheit. Bitte lesen Sie ihn aufmerksam und füllen Sie ihn sorgfältig aus. Die Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen ausschließlich dazu, die Therapie Ihrem Gesundheitszustand anzupassen.

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.am: \_\_\_\_\_ m/w

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Ihr bisheriger Hausarzt: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam: \_\_\_\_\_

### Sozialanamnese:

alleine lebend  Ehe/ Partnerschaft  Witwe(r)  bei Eltern/ Kindern

Beruf/ aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_  arbeitslos  berentet

Schwerbehinderung: (GdB): \_\_\_\_\_ % Pflegegrad: \_\_\_\_\_

### Krankheiten in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder):

Herzinfarkt  Schlaganfall  Bluthochdruck  Diabetes  Psyche

Krebs: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Vegetative Anamnese:** Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ Größe (m): \_\_\_\_\_

Appetit normal  ja  nein Durst normal  ja  nein

Nachtschweiß  ja  nein Gewichtsveränderung  ja  nein

Stuhlgang normal  ja  nein Wasserlassen normal  ja  nein

Alkoholkonsum  nie  selten  häufig - tägliche Menge:

Nikotinkonsum  nie  Ex- Raucher  Raucher, wieviele Zig/d:

Aktuelle Schwangerschaft  ja  nein Geburten  ja  nein

Antibabypille  ja  nein Monatsblutung regelmäßig  ja  nein

- BITTE WENDEN -

Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Vorerkrankungen?

Vorerkrankung JA NEIN

Allergien/Unverträglichkeit:  ja  nein

Wenn ja, welche:

Bluthochdruck  ja  nein

Herzerkrankung  ja  nein

Schlaganfall, Nervenerkrank.  ja  nein

Diabetes/ Blutzucker  ja  nein

Fettstoffwechsel/Gicht  ja  nein

Thrombose/ Lungenembolie  ja  nein

Asthma/ chron. Bronchitis  ja  nein

Leber- oder Nierenerkrankung  ja  nein

Magen/ Darm- Erkrankung  ja  nein

Hauterkrankung  ja  nein

Tumorerkrankung  ja  nein

Rheuma/ Gelenke  ja  nein

chron. Infektionskrankheit  ja  nein

Anfallsleiden/ Epilepsie  ja  nein

Psyche/ Sucht  ja  nein

Chronische Erkrankungen  ja  nein

Bisherige Operationen  ja  nein

Sonstige:

### Bisherige Vorsorgeuntersuchungen- Behandlungen:

Check up ab 35 LJ.  ja  nein Wann zuletzt?

„Männervorsorge“  ja  nein Wann zuletzt?

„Frauenvorsorge“  ja  nein Wann zuletzt?

Darmspiegelung ab 55 LJ.  ja  nein Wann zuletzt?

Hautkrebsvorsorge  ja  nein Wann zuletzt?

Akupunktur  ja  nein Wann zuletzt?

Chirotherapie  ja  nein Wann zuletzt?

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_