

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: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Handy: _____

E-mail: _____

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): _____ %

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	Welche, seit wann
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Schlaganfall, Nervenerkrank.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diabetes/ Blutzucker	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fettstoffwechsel/Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Thrombose/ Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Asthma/ chron. Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Leber- oder Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Magen/ Darm- Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tumorerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Rheuma/ Gelenke	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
chron. Infektionskrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Anfallsleiden/ Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Psyche/ Sucht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bisherige Operationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Allergie/ Unverträglichkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Bisherige Vorsorgeuntersuchungen- Behandlungen:

Check up ab 35 LJ.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann zuletzt?
„Männervorsorge“	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann zuletzt?
„Frauenvorsorge“	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann zuletzt?
Darmspiegelung ab 55 LJ.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann zuletzt?
Hautkrebsvorsorge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann zuletzt?
Akupunktur	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wann zuletzt?

Chronische Erkrankungen:

In den letzten 12 Monaten war ich regelmäßig in folgenden Quartalen bei meinem bisherigen Hausarzt (auch bezüglich der Dauermedikation)

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

Datum: _____

Unterschrift: _____

Neupatienten in der Praxis Dr. Ende

Medikamente

Welche Medikamente nehmen Sie bisher ein?