

HAUSARZTPRAXIS

Dr. med. Katharina Fenner-Hirschberg

ALLGEMEINMEDIZIN · SCHMERZTHERAPIE · NEURALTHERAPIE
PALLIATIVMEDIZIN · NOTFALLMEDIZIN



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

Name, Vorname _____
Geschlecht _____ Geburtsdatum _____
Geburtsort/-land _____
Beruf _____
Familienstand verheiratet in Beziehung lebend verwitwet ledig
Kinder _____
Telefon _____
Email: _____
Freizeitaktivitäten/ Sport _____
Patientenverfügung Ja Nein
Vorsorgevollmacht Ja Nein

Gesundheitsfragen

Größe _____ Gewicht _____
Ernährung Mischkost vegetarisch vegan
Rauchen Nein Ja: Wie viele am Tag? _____
Ex- Raucher seit wann? _____
 Ja: Wie viele am Tag? _____
Regelmäßiger Alkoholkonsum Nein Ja
Drogenkonsum Nein Ja
Blutspender Nein Ja
Allergien Nein Ja: Welche? _____
Medikamentenunverträglichkeit Nein Ja: Welche? _____

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt/ Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/ Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit/ - Koliken | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung (PAVK) |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheit
(Asthma/COPD) | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung/ - Koliken | <input type="checkbox"/> Blutungsstörung/
Bluterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krampfleiden/ Epilepsie | <input type="checkbox"/> neurologische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Augenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheit |
| <input type="checkbox"/> erhöhte Tageschläfrigkeit | <input type="checkbox"/> Operationen/ Unfälle/ Verlust von Gliedmaßen | |
| <input type="checkbox"/> andere | | |

---- Bitte wenden! ----

Familienanamnese

	Bluthochdruck	Herzkrankheit	Diabetes	Schlaganfall	Psyche	Krebs
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder/ Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruder/ Schwester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oma, mütterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opa, mütterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oma, väterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opa, väterl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein und wie häufig?

Medikament	früh – mittag – abends – nachts

Für Patientinnen

Besteht eine Schwangerschaft Nein Ja
 Geburten Nein Ja: Wie viele? _____ Wann? _____
 Antibabypille Nein Ja
 Monatsblutung regelmäßig Nein Ja

Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen

Gesundheitsuntersuchung ab 35. Lebensjahr? Nein Ja: Wann? _____
 Hautcheck Nein Ja: Wann? _____
 Darmspiegelung ab 55. LJ Nein Ja: Wann? _____
FRAUEN: Krebsfrüherkennung Frauenarzt Nein Ja: Wann? _____
MÄNNER: Krebsfrüherkennung Prostata ab 45. LJ Nein Ja: Wann? _____
 Ultraschall Bauchschlagader ab 65. LJ Nein Ja: Wann? _____

Besitzen Sie einen Impfausweis? Nein Ja

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit zur Überprüfung Ihres Impfstatus.

Bei welchen Fachärzten sind Sie regelmäßig in Behandlung?

- Lungenarzt
- Urologe
- Neurologe
- Kardiologe
- Orthopäde
- sonstige:
- Diabetologe
- Psychologe

Möchten Sie über fällige Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen durch die Praxis per eMail/ Telefon informiert werden ? Ja Nein

Ort/ Datum Unterschrift Patient/in

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen an der Anmeldung ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter. Vielen Dank!