

ANAMNESEBOGEN

Wir verstehen uns als Bindungsglied zwischen den einzelnen Fachbereichen.

Nur so können wir Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen. Deshalb brauchen wir viele Informationen von Ihnen, z.B. zu Ihrer Krankheitsgeschichte, Ihrem Lebensumfeld, Ihrer Familiengeschichte.

Diese Informationen erfassen wir in diesem ausführlichen Anamnesebogen.

Vielen Dank für Ihr Bemühen!

Name: _____

Geb. am: _____ Weiblich: ____ Männlich: ____ Divers: ____

Tätigkeit/Beruf: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Ihre Gewohnheiten

Rauchen Sie? Ja Nein Wieviel _____ Seit wann _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein Wieviel _____

Haben Sie **Vorerkrankungen**, die Sie regelmäßig kontrollieren lassen oder lassen sollten?
(z.B. an Kopf, Herz, Magen/Darm, Arme/Beine usw.)

Hatten Sie bereits **OPs**?

Haben Sie **Allergien**?

Heutige Beschwerden: _____

Familienanamnese:

Gibt es Erkrankungen in der Familie?
(Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes, Krebserkrankungen)

Besitzen Sie einen **Impfausweis**? Ja Nein

(Bitte beim nächsten Mal, spätestens zum nächsten Check up mitbringen, wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus)

Wann waren Sie das letzte Mal beim Arzt: _____

Weswegen: _____

Wann war Ihr letzter Check Up 35 und bei Männern ab 65 das Bauchschlagader-Ultraschall? _____

Denken Sie daran, dass der Check Up nur alle 3 Jahre und das Aorten-Screening nur einmalig möglich ist! Bei falscher Angabe muss die Vorsorge in Rechnung gestellt werden!

Bitte nennen Sie Name und Ort des vorherigen Hausarztes und Facharztes

Welche Medikamente nehmen Sie und wie oft am Tag?

(Falls Sie einen Medikamentenplan haben, bitte mitbringen)

Name	Morgens	Mittags	Abends

Für unsere Terminkalender SAMEDI (auch online Buchung möglich) und um mit Ihnen auch kurzfristig Kontakt aufnehmen zu können, geben Sie uns bitte folgende Daten an:

Per Telefon unter folgender Nummer:

Per E-Mail unter folgender E-Mail-Adresse:

Bitte geben Sie uns nur dann Ihre Adressen an, wenn Sie auch eine Kontaktaufnahme wünschen. Sie dienen ausschließlich zur Kontaktaufnahme zwischen der Praxis und Ihnen und wird nicht an Dritte weitergegeben. Sie erhalten eine Bestätigung per SMS oder E-Mail bzw. erhalten Sie auch eine Erinnerung.

Bitte geben Sie **abholberechtigte Personen** an, die für Sie Rezepte/Überweisungen oder ähnliches abholen dürfen:

Vor-/Nachname: _____

Vor-/Nachname: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank!