

PATIENTEN - ANAMNESEBOGEN

Praxis Dr. E. Nied
Internistische Hausarztpraxis

Liebe Patientin, lieber Patient!

Wir freuen uns, Sie in der Internistischen Hausarztpraxis begrüßen zu dürfen. Um Sie optimal beraten zu können, bitten wir Sie den folgenden Fragebogen auszufüllen. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte händigen Sie uns vorhandene Vorbefunde und ihren Impfpass zur Kontrolle aus

Persönliche Daten

Name* Vorname* geb.*

Straße, Nr* PLZ / Ort*

Krankenkasse* Beruf / Tätigkeit E-Mail

Telefon privat Mobiltelefon Körpergröße (cm) Gewicht (kg)

* Pflichtangaben

Bisheriger Hausarzt: _____
(Name, Ort)

Was ist ihr konkretes Anliegen an uns: Hausärztliche Betreuung Hausarztvertretung

Andere: _____

Bei Schmerzen oder Beschwerden, bitte Art und Dauer kurz beschreiben: _____

Haben Sie Allergien? **Ja** **Nein** _____
(wenn "Ja", welche?)

Medikamentenunverträglichkeit? _____
(wenn "Ja", welche?)

Rauchen Sie? _____
(wenn "Ja", wieviele Zigaretten pro Tag?)

Liegt eine regelmäßige Medikamenteneinnahme vor? (wenn "Ja", bitte Angabe des Präparates und der Dosis)

Medikament(e)	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	bei Bedarf
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

oder

Einnahmeplan liegt vor (bitte bei uns vorlegen)

PATIENTEN - ANAMNESEBOGEN

Praxis Dr. E. Nied
Internistische Hausarztpraxis

Sind bei ihnen Vorerkrankungen bekannt? Nein Ja (bitte ankreuzen oder ganz unten benennen)

- Diabetes Herzerkrankung Lungenerkrankung Schilddrüsenerkrankung
- Erhöhte Blutfette Durchblutungsstörungen / Thrombose Operationen (bitte benennen)
- Bluthochdruck Lebererkrankungen Nierenerkrankung Magenerkrankung
- Rheumaerkrankung Schlaganfall Anfallsleiden Krebserkrankung
- Blutverdünner (z.B.: Marcumar, Xarelto) Psychische Erkrankung
- Andere (bitte benennen): _____

Besteht oder bestanden bei erstgradigen Verwandten eine Herzerkrankung oder Krebserkrankung?

- Ja Nein

Wenn „Ja“, welche und bei wem: _____

Nehmen Sie an einem Hausarztvertrag / Model teil? Ja Nein

Wenn "Ja"; welcher Arzt hat Sie eingeschrieben? _____

Nehmen Sie an einem DMP (Disease Management Programm) teil? Ja Nein

Wenn „Ja“, an welchem? KHK (Koronare Herzkrankheit) Asthma COPD Diabetes

Pflegestufe / -grad: kein(e) 0 1 2 3 4 5 Patientenverfügung: Ja Nein

Wie sieht es bei Ihnen mit Früherkennungsuntersuchungen aus? (bitte Datum eintragen wenn vorhanden)

Ab 35 Jahren; Letzte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs? _____ keine

Ab 50 Jahren; Letzte Früherkennung für Darmkrebs mittels Testuntersuchung auf nicht sichtbares Blut im Stuhl (Hämokult oder IFOBT)? _____ keine

Ab 55 Jahren; Letzte Früherkennunguntersuchung für Darmkrebs mittels Coloskopie (Darmspiegelung)? _____ keine

Ab 70 Jahren; Leiden Sie an Harn und / oder Stuhlinkontinenz? Ja Nein

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und gestatte der Internistischen Hausarztpraxis Praxis Dr. Nied meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen bzw. zu speichern. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Internistischen Hausarztpraxis vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift