



PRAXIS MARIENLOH

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient

herzlich willkommen in unserer Praxis. Wir möchten Ihnen eine bestmögliche medizinische Versorgung bieten und benötigen dazu Ihre Hilfe.

Damit wir Sie in allen Fragen zu Ihrer Gesundheit und auch im Krankheitsfall optimal beraten zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen auszufüllen.

Bei Fragen zum Ausfüllen des Anamnesebogens sprechen sie uns an, wir helfen gerne weiter.

Des weiteren bitten wir Sie eventuell bereits vorhandene Arztberichte und auch den Impfausweis vorzulegen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Anamnesebogen

Allgemeines

Name Vorname:

Geburtsdatum

Straße/Hausnr. Ort

Tel. Mobil

E-mail

Krankenkasse Privat Zusatzvers.
 Beihilfe

weitere behandelnde Ärzte:

Soziales/Familie

Beruf: Ohne Beschäftigung Studium Rente

Familienstand Ledig Verheiratet Verwitwet Getrennt lebend

Kinder: Ja Nein Leben Sie allein? Ja
 Nein

Anerkannte Schwerbehinderung	%	Pflegegrad		
Gesetzliche Betreuung durch:				
<input type="radio"/> Vorsorgevollmacht		<input type="radio"/> Patientenverfügung		
Größe:		Gewicht:		
Ernährung:	<input type="radio"/> Mischkost	<input type="radio"/> Vegetarisch	<input type="radio"/> Vegan	<input type="radio"/> Sonstiges
Nikotinkonsum:	<input type="radio"/> Seit wann?	<input type="radio"/> Zigaretten/Tag:	<input type="radio"/> Aufgehört seit:	
Alkohol:	Pro Woche			
Machen Sie Sport?	<input type="radio"/> Sportart			
Leiden oder Litten Ihre Eltern, Geschwister, Großeltern an:				
<input type="radio"/> Bluthochdruck	<input type="radio"/> Herzerkrankungen	<input type="radio"/> Schlaganfall	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Thrombose
<input type="radio"/> Krebserkrankungen	<input type="radio"/> Demenz/Alzheimer	<input type="radio"/> Sonstiges:		
Haben Sie bereits Check up Untersuchungen Erhalten:				
z.B. :	<input type="radio"/> Hautkrebsscreening	<input type="radio"/> Darmvorsorge:		
	<input type="radio"/> Sonstiges:			
Medizinische Vorgeschichte:				
Allergien	<input type="radio"/> Pollen	<input type="radio"/> Medikamente		
	<input type="radio"/> Nahrungsmittel	<input type="radio"/> Sonstiges:		
Stoffwechsel	<input type="radio"/> Diabetes Mellitus	<input type="radio"/> Typ 1	<input type="radio"/> Typ 2	
	<input type="radio"/> Schilddrüse	<input type="radio"/> Überfunktion	<input type="radio"/> Unterfunktion	
	<input type="radio"/> Blutfette erhöht	<input type="radio"/> Gicht		
	<input type="radio"/> Sonstiges:			
Herz/Kreislauf	<input type="radio"/> Bluthochdruck	<input type="radio"/> Herzschwäche	<input type="radio"/> KHK	<input type="radio"/> Herzinfarkt
	<input type="radio"/> Herzklappenerkrankung		<input type="radio"/> Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> Herzschrittmacher/Defibrillator-Träger
	<input type="radio"/> Sonstiges:			
Lunge	<input type="radio"/> Asthma	<input type="radio"/> COPD	<input type="radio"/> Sarkoidose	
	<input type="radio"/> Lungenkrebs	<input type="radio"/> Sonstiges		
Gefäße	<input type="radio"/> Thrombose	<input type="radio"/> Verengung der Halsgefäße	<input type="radio"/> Verengung der Beingefäße	
	<input type="radio"/> Verkalkung Bauchaorta	<input type="radio"/> Sonstiges		
Magen/Darm	<input type="radio"/> Verstopfung	<input type="radio"/> Durchfälle	<input type="radio"/> Chronische Entzündungen	<input type="radio"/> Blutungen
	<input type="radio"/> Krebserkrankung	<input type="radio"/> Sonstiges		
Leber/Galle	<input type="radio"/> Fettleber	<input type="radio"/> Gallensteine	<input type="radio"/> Krebserkrankung	
	<input type="radio"/> Bauchspeicheldrüsen-entzündung	<input type="radio"/> Sonstiges		
Niere/Harnblase	<input type="radio"/> Nierenschwäche	<input type="radio"/> Dialyse	<input type="radio"/> Nierensteine	
	<input type="radio"/> Krebserkrankung	<input type="radio"/> Sonstiges		

HNO	<input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit		<input type="checkbox"/> Hörgeräte	
	<input type="checkbox"/> Häufige Mandelentzündungen		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Augen	<input type="checkbox"/> Grauer Star	<input type="checkbox"/> Grüner Star		<input type="checkbox"/> Brille/ Kontaktlinsen
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Nervensystem	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
	<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Parkinson
	<input type="checkbox"/> Demenz		<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Rheuma	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	<input type="checkbox"/> Vaskulitis		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Orthopädie	<input type="checkbox"/> Arthrose	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Gelenkentzündung	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Infektions- erkrankungen	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Tuberkulose	
	<input type="checkbox"/> Gürtelrose	<input type="checkbox"/> Covid		
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			

Aktuelle Medikation

Aktuelle Medikamente (Auch Sprays und Injektionen)	Einnahme morgens - mittags - abends

Frühere Unfälle und Operationen

Operationen /Unfälle	Wann?

Datum:

Unterschrift: