

## Anamnesebogen

Liebe Patientinnen und Patienten,

herzlich Willkommen in unserer internistisch geführten hausärztlichen Praxis. Für eine bessere abgestimmte Beratung benötigen wir einige persönliche Informationen.

### Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg

**Allergien:**  Nein  Ja

wenn Ja: Welche? \_\_\_\_\_

Welche **Vorerkrankungen** sind bei Ihnen bekannt?

- Bluthochdruck  Herzschwäche  KHK  Herzrhythmusstörungen
- Lungenkrankheiten  Schilddrüsenerkrankung  Diabetes mellitus
- Erhöhte Blutfette  Nierenerkrankung  Verdauungstrakterkrankung
- Schlaganfall  psychische Erkrankung  Krebserkrankung
- Sonstige Erkrankungen/ Operationen \_\_\_\_\_
- Implantate im Körper \_\_\_\_\_

Wann wurden Sie zuletzt gegen **Tetanus** geimpft? \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit!

**Rauchen** Sie?  Nein  Ja

Wenn Ja: wie viele Zigaretten täglich? o \_\_\_\_\_ Seit wann? o \_\_\_\_\_

Trinken Sie **Alkohol**?  Nein  Ja.

Wenn Ja: Was, wie viel/ oft und seit wann? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter **Check-up**? \_\_\_\_\_

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

Wenn Ja: an welchem?  COPD  Asthma bronchiale  KHK  Diabetes mellitus

Sind in Ihrer **Familie** folgende Erkrankungen bekannt?

- Schlaganfall
- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Diabetes mellitus
- Krebserkrankungen

**Derzeitiger Beruf** \_\_\_\_\_

**Freizeitaktivitäten/ Sport** \_\_\_\_\_

Nehmen Sie **Medikamente** regelmäßig ein?       Ja (welche, s.u.?)       Nein

Medikament (in µg, mg, g)	früh	mittags	abends	Zur Nacht

- Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner freiwillig gemachten Angaben und willige ein, meine Daten in meiner Patientenakte zu hinterlegen. Diese Angaben sind ausschließlich für den internen Gebrauch meiner Behandlung in der Praxis Dr. medic M. Schorrat vorgesehen und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_