

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir freuen uns sehr, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen!

Um Sie gut beraten und Ihnen in allen Fragen der Gesundheit optimal zur Seite stehen zu können benötigen wir einige Informationen über Sie. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Er enthält wichtige Fragen, welche Ihre Kranken- und Familiengeschichte, aber auch Ihr Lebensumfeld und -bedingungen betreffen. Die Angaben werden im Arztgespräch mit Ihnen besprochen und Ihrer Patientenakte beigelegt. Selbstverständlich unterliegen sie der ärztlichen Schweigepflicht!

Angaben zur Person:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Telefonnummer:
Anschrift:	Email:
.....	Beruf/Tätigkeit:
Familienstand:	Kinder:
Größe in cm:	Gewicht in kg:

Notfallkontakt:

Name:	Telefonnummer
-------------	---------------------

Bisheriger Hausarzt/andere behandelnde Ärzte:

.....

Welche Beschwerden und Anliegen führen Sie heute zu uns?

.....

.....

<u>Gewohnheiten:</u>	<u>Nein</u>	<u>Ja</u>	<u>Wieviel/Wie oft</u>	<u>Seit wann</u>
Rauchen Sie?	0	0
Trinken Sie Alkohol?	0	0
Konsumieren Sie sonstige Rauschmittel?	0	0
Treiben Sie Sport?	0	0
Arbeiten Sie im Schichtdienst?	0	0		
Ernährungsform				
- Vegan	0	0		
- Vegetarisch	0	0		
- Mischkost	0	0		
- Sonstige	0	0		

Datum der letzten Check up-Untersuchungen:

- Hausarzt:
- Hautarzt:
- Vorsorge beim Gynäkologen/ Urologen:
- Magen-/ Darmspiegelung:

Sind Allergien bekannt, wenn ja worauf:

- Medikamente:.....
- Nahrungsmittel.....
- Tierhaar/Pflanzen/Pollen.....
- Andere Substanzen (z.B. Materialien).....

<u>Schlafstörungen:</u>	<u>Nein</u>	<u>Ja</u>	<u>Wieviel/Wie oft</u>	<u>Seit wann</u>
Ein- und/oder Durchschlafstörung	0	0
Atemaussetzer	0	0
Schnarchen	0	0

Ist ein Impfpass vorhanden? (Bitte vorlegen/mitbringen)

.....

Haben Sie eine Patientenverfügung?

.....

Vorerkrankungen:

	in der eigenen Vorgeschichte	Genauere Angabe
Bluthochdruck	0
Diabetes	0
Fettstoffwechselstörung	0
Herzerkrankung	0
Schlaganfall	0
Lebererkrankung	0
Lungenerkrankung	0
Schilddrüsenerkrankung	0
Magen-/ Darmerkrankung	0
Thrombose/ Embolie	0
Gelenk-/ Wirbelsäulenerkrankung	0
Hauterkrankung	0
Genitalerkrankung	0
Nieren-/ Blasenerkrankung	0
Kopfschmerz/ Migräne	0
Psychische/ Neurologische Erkrankung	0
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	0
Infektionskrankheiten	0
Krebserkrankung	0

Erkrankungen in der Familienvorgeschichte:

.....

Operationen**Art der Behandlung****Jahr**

.....
.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (incl. Nahrungsergänzungsmittel)?

Falls Medikamentenplan vorhanden bitte vorlegen/mitbringen

Medikament/Wirkstoff	Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

Wünschen Sie individuelle Gesundheitsleistungen? Ja ☐ Nein ☐

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Persönliche Empfehlung ☐

Internet ☐

Andere ☐

Ihre Angaben helfen uns sehr, Sie optimal betreuen zu können.

Wir danken Ihnen sehr für Ihre Mühe!

Ihr Praxisteam der norisana praxis rückersdorf

Die Aufklärung über die DSGVO habe ich erhalten

.....

Datum, Unterschrift