

Anamnesebogen

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vor Ihrer ersten Konsultation bei uns aus. Sollten Sie hierbei Schwierigkeiten haben, fragen Sie unsere Mitarbeiterinnen, sie sind Ihnen gerne behilflich.

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** _____

PLZ, Ort _____ **Straße** _____

Beruf _____ **Teilzeit** **Vollzeit**

Telefon privat _____ **geschäftl.** _____ **mobil** _____

Welche **Kinderkrankheiten** haben Sie durchgemacht?

Mumps _____ Nein Ja Röteln _____ Nein Ja

Masern _____ Nein Ja Scharlach _____ Nein Ja

Windpocken _____ Nein Ja Keuchhusten _____ Nein Ja

Gab oder gibt es in Ihrer **Familie** (leibliche Eltern, Großeltern und Geschwister) Erkrankungen wie

Bluthochdruck _____ Nein Ja Schlaganfall _____ Nein Ja

Zuckerkrankheit _____ Nein Ja Krebsleiden _____ Nein Ja

Herzinfarkt _____ Nein Ja Asthma _____ Nein Ja

Vorerkrankungen?

Bluthochdruck _____ Nein Ja Zuckerkrankheit (Diabetes) _____ Nein Ja

Schlaganfall _____ Nein Ja Koronare Herzkrankheit /Herzinfarkt _____ Nein Ja

Herzrhythmusstörungen _____ Nein Ja Asthma/Chronische Bronchitis _____ Nein Ja

Fettstoffwechselstörung _____ Nein Ja Tuberkulose (Tbc) _____ Nein Ja

Gicht _____ Nein Ja Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür _____ Nein Ja

Nierenerkrankung _____ Nein Ja Lebererkrankung _____ Nein Ja

(Gelenk-)Rheuma _____ Nein Ja Bandscheibenvorfall _____ Nein Ja

(Chron.)Hautkrankheit _____ Nein Ja Grüner/grauer Star _____ Nein Ja

Psychische Erkrankung _____ Nein Ja Anfallsleiden/Epilepsie _____ Nein Ja

Migräne _____ Nein Ja AIDS _____ Nein Ja

Sonstiges _____

Operationen? _____ Nein Ja

Wenn ja, welche und wann?

bitte wenden!

Allergien?

Penicillin/anderes Antibiotikum Nein Ja

Pollen/Tierhaare/Hausstaubmilben Nein Ja

Andere Medikamente _____ Nein Ja

Nahrungsmittel _____ Nein Ja

Sonstiges _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? Nein Ja

Wenn ja, welche (Name, Dosis)? _____

Erheblicher **Stress** (beruflich, privat) in letzter Zeit? Nein Ja

Rauchen Sie? Nein Ja

Alkohol? Nie selten 2-3xWoche täglich

Sport? Nie selten 2-3xWoche täglich

Hilfsmittel?

Brille/Kontaktlinsen Hörgerät(e) Gehhilfen(Stock, Rollator o.Ä.)

Schwerbehinderung _____ %? **Pflegestufe** _____ ?

Körpergröße in cm _____ **Gewicht** in kg _____

Nur Patientinnen

Schwangerschaft Nein Ja Termin _____ ?

Geburten Nein Ja wenn ja, wann _____

Antibabypille? Nein Ja

Vorsorge-Untersuchungen/Impfungen

Wann war Ihr letzter Check-up? (Pat. ab 35J.) _____

Hautkrebsscreening _____

Krebsvorsorge _____

Impfausweis vorhanden? Nein Ja

Ich lege besonderen Wert auf _____

Hannover, den.....

.....
Unterschrift

Uns interessiert es, wie Sie zu uns kamen:

Durch Empfehlung Telefonbuch Internet Sonstiges _____

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben! Ihre Angaben helfen uns, Sie besser kennen zu lernen und auf individuelle Besonderheiten Rücksicht nehmen zu können. Bringen Sie zur ärztlichen Untersuchung diesen ausgefüllten Bogen und bitte möglichst auch Ihren **Impfpass** mit! Herzlichen Dank!

Ihr Praxisteam der PRAXIS AM UHRTURM