

Anamnesebogen

Gemeinschaftspraxis Allgemeinmedizin / Innere Medizin

Dr. Dörner, Dr. Braig

Liebe Patientinnen und Patienten!

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen zu unserer Unterstützung aus. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht. Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an eine unserer Mitarbeiterinnen! Vielen Dank!

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Wen können wir im Notfall kontaktieren? (Name /Telefon)

Leiden Sie oder jemand aus Ihrer Familie an einer der folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Fettstoffwechselstörung (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Magenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Harnsäurestoffwechselstörung/Gicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Gelenkerkrankung/Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Hautkrankheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Asthma /Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Anfallsleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> familiär

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein ☐ früher

Wenn ja, wie viel am Tag: _____

Trinken Sie Alkohol? ☐ nie ☐ gelegentlich ☐ täglich

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, Grad der Behinderung: _____%

Merkzeichen (z.B. G, aG): _____

Besitzen Sie einen Impfausweis?

☐ ja

☐ nein

Bitte bringen Sie diesen beim nächsten Besuch mit. Wir überprüfen gerne Ihren Impfstatus.

Wurde bei Ihnen eine Pflegegrad festgestellt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welcher:

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche: _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(Bitte nennen Sie uns hier auch die Präparate, die Sie ohne ärztliches Rezept oder nur gelegentlich einnehmen (z.B. Vitamine, Abführmittel, Kopfschmerztabletten o.Ä.)

Bei welchen anderen Ärzten sind / waren Sie in Behandlung?

(z.B. Augenarzt, Orthopäde, (ehem.) Hausarzt)

Mit welchen Beschwerden kommen Sie heute zu uns? Was können wir für Sie tun?

NUR FÜR FRAUEN

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

☐ ja

☐ nein

Geburten?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung durch niedergelassene Ärzte (Kassenarzt)

☐ Empfehlung / Information durch Bekannte / Verwandte

☐ Empfehlung / Information durch das Internet

☐ Empfehlung / Information durch Flyer

☐ Empfehlung / Information von einem AOK-Mitarbeiter / Kundenberater

☐ Sonstiges

Datum und Unterschrift des / der Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

Wir sind eine **Terminpraxis!** Bitte vereinbaren Sie zu jedem Arztbesuch einen Termin. Wenn Sie diesen nicht einhalten können, sagen Sie ihn bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Bitte beachten Sie, dass wir Sie ohne Termin nur bei akuten Beschwerden behandeln können. In diesem Fall rufen Sie bitte zu Beginn der Sprechstunde kurz an, damit wir Sie einplanen können oder stellen sich frühestmöglich während der Sprechzeit vor.

Patienten ohne Termin müssen längere Wartezeiten einplanen. Bitte vereinbaren Sie auch Termine für geplante **Laboruntersuchungen**. Am Tag der Laboruntersuchung erhalten Sie den notwendigen Laborschein hier in der Anmeldung. Sie erreichen die Praxis telefonisch immer zu den genannten Sprechzeiten der Ärztin.

Patient: