

Praxisgemeinschaft Mockauerstraße 123 Leipzig Tel.: 60051355 Fax.: 60051359	Anamnesebogen	Dr. Bernd Wilke Dr. Marianne Voigt
---	----------------------	---

Liebe Patientin, lieber Patient,
 um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Persönliche Daten

- Vorname :
- Nachname :
- Geburtsdatum :
- Telefon :
- Fax :
- Mobil :
- Email :

Allgemeine Anamnese

Sind folgende Krankheiten bei Ihnen bekannt, wenn ja seit wann ?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angeborene oder erworbene Herzerkrankungen (auch Herzklappen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fettstoffwechselstörungen (erhöhte Cholesterinwerte) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chronische Infektionskrankheiten (z.B. Gelbsucht, Hepatitis, HIV) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lungenerkrankungen (Asthma , chronische Bronchitis, Tuberkulose) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Augenerkrankungen (z.B. grüner oder grauer Star) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krampfleiden oder andere neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Operationen / Unfälle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rheumatische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges: |

- Ja Nein
- Rauchen Sie ? Wenn ja, wieviel : Zigaretten
- Konsumieren Sie Alkohol, wenn ja, wieviel : Gläser / Woche
- Sind Allergien / Unverträglichkeiten bekannt (z.B. Medikamente)
 Wenn ja, wogegen:
- Nehmen Sie regelmäßig Schlaftabletten / Stimmungsaufheller ?
- Sind Sie schwanger ?

Stuhlgang : Normal Durchfall Verstopfung

Wasserlassen : Normal nachts öfter als 1 -2 mal

Gewichtsveränderung : Keine

Zunahme kg in ...Monaten

Abnahme kg in ...Monaten

Wie groß sind Sie : cm Wieviel wiegen Sie :..... kg

Welche Medikamente nehmen Sie ein und wie häufig ?

Medikament	morgens	mittags	nachmittags	abends	zur Nacht

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt ?

- Ja Nein
- Gesundheitsuntersuchung
- Krebsfrüherkennungsuntersuchung
- Darmspiegelung

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt ?

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzkranzgefäßerkrankung, Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Durchblutungsstörungen der Beine (pAVK) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zuckererkrankung / Diabetes Mellitus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tumorerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blutungsstörungen, Bluterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose oder Lungenembolie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Psychische Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) |

Sozialanamnese

Familienstand

Kinder

Beruf

Hobbys

Freizeitaktivitäten

Sport (welcher)

andere

Uns interessiert, wie Sie zu uns kamen

auf Empfehlung von :

Telefonbuch

Internet

Sonstiges :

Liebe Patienten!

Es kommt leider immer wieder vor, dass Patienten vereinbarte Termine nicht einhalten und nicht absagen.

Wir versuchen, uns Zeit für Sie zu nehmen und vereinbaren entsprechende Termine. Bei nicht eingehaltenen Terminen verlieren wir entsprechend diese Zeit, in der uns Leerräume entstehen.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vor dem Termin abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe. Bitte geben Sie den Fragebogen am Empfang ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

.....

Datum, Unterschrift