

Anamnesebogen



Hausarztpraxis Muggensturm

Dr. Claudia Kluge

Dr. Felicitas Luchner

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Persönliche Daten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobil:

E-Mail:

Bisheriger Hausarzt:

Sonstige behandelnde Ärzte (Name, Fachrichtung):

1.

2.

3.

Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg

Haben Sie in letzter Zeit stark an Gewicht zu- oder abgenommen? O Ja O Nein

Sozialanamnese:

O Nicht berufstätig

O selbstständig

O Schüler/Ausbildung/Studium

O Angestellt

O Rentner

Beruf:

Familienstand: O ledig

O verheiratet

O verwitwet

Kinder:

Wohnsituation: O alleinlebend

O mit Familie

O betreutes Wohnen

O Seniorenwohnheim

Sportliche Aktivitäten:

Erkrankungen:

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen? Wenn ja, seit wann?

Bluthochdruck	☐ Nein	☐ Ja
Herzerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Schlaganfall	☐ Nein	☐ Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	☐ Nein	☐ Ja
Zuckerkrankheit/ Diabetes	☐ Nein	☐ Ja
Schilddrüsenerkrankung	☐ Nein	☐ Ja
Fettstoffwechselstörung	☐ Nein	☐ Ja
Tumorerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Lebererkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Hauterkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	☐ Nein	☐ Ja
Thrombose o. Lungenembolie	☐ Nein	☐ Ja
Augenerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Psychische Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Krampfleiden/neurolog. Erkrankungen	☐ Nein	☐ Ja

Allgemeine Anamnese:

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: _____ Zigaretten/Tag Nicht mehr seit:

Trinken Sie Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was? _____ Gläser/Woche

Allergien:

☐ Keine bekannt ☐ Allergischer Schock in der Vergangenheit

☐ Medikamente:

☐ Lebensmittel:

☐ Andere:

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	☐ Nein	☐ Ja
Herzerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Schlaganfall	☐ Nein	☐ Ja
Durchblutungsstörungen der Beine	☐ Nein	☐ Ja
Zuckerkrankheit/ Diabetes	☐ Nein	☐ Ja
Tumorerkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	☐ Nein	☐ Ja
Thrombose o. Lungenembolie	☐ Nein	☐ Ja

Medikamente:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte bringen Sie Ihren vollständigen, aktuellen Medikationsplan mit.

Krankenhausaufenthalte:

Waren Sie schon einmal im Krankenhaus? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum und wo?

Bitte bringen Sie die letzten Entlassungsberichte der Krankenhausaufenthalte mit.

Bitte bringen Sie zu Ihrem nächsten Termin Ihren Impfausweis mit.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Sorgfalt.

Muggensturm, _____

Unterschrift