



Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient!

Um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon und Handynr.: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Leiden oder litten Sie in der Vergangenheit an einer der folgenden Erkrankungen?

Seit wann? Nähere Angaben:

Blutdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Herzerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Zuckerkrankheit/Diabetes	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lebererkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Chronische Infektionskrankheiten	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Blutungsstörungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankung (Asthma, COPD)	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Neurologische Erkrankungen	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Operationen, Unfälle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	_____

Rauchen Sie? Nein Ja _____ pro Tag Nicht mehr seit: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol? Nein Ja Gelegentlich

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente Nein Ja
- Wenn ja, gegen welche? _____
- Andere Allergien? _____

Wie groß sind Sie? _____ cm Wieviel wiegen Sie? _____ kg

Haben Sie in den letzten **6 Monaten** stark zu- oder abgenommen? Nein Zu Ab

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Dosierung?

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter Nein Ja

Darmspiegelung Nein Ja

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt? Nein Ja

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

Sozialanamnese

Familienstand: _____ Kinder: _____

Sport (was und wie oft?): _____

Gibt es bei Ihnen noch einen wichtigen Punkt, den Sie uns mitteilen möchten?

Bitte bringen Sie zur nächsten Untersuchung Ihren Impfausweis mit.

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

Selsingen, den _____

Unterschrift: _____