

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient

Als neue Patientin/neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis Herzlich willkommen! Um Sie besser kennen zu lernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Beruf: _____

Familienstatus: _____

Kinder: _____

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Herzkrankheit	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Magen/Darmerkrankung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Tumorerkrankung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Nierenerkrankung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Gicht	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Gelenkerkr./Rheuma	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Hautkrankheit	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Schilddrüsenerkrankung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	HIV-Infektion/Aids	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Leberentzündung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Asthma /Chron.Bronchitis	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Psychische Erkrankung	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Anfallsleiden/Epilepsie	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>

Weitere Erkrankungen: _____

Nehmen Sie an einem DMP-Programm teil? Nein Ja
 Wurde bei Ihnen eine Darmspiegelung durchgeführt? Nein Ja
 Wenn Ja, Wann zuletzt?

Wurden bereits Operationen durchgeführt? Nein Ja
 Wenn ja, welche? Wann?

Leiden Sie an einer Allergie? Nein Ja
 Wenn ja, an welchen?

Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung? Nein Ja

Leidet Eltern, Geschwister oder Kinder an folgenden Erkrankungen?

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Fettstoffwechsel	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>	Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>
Krebs	Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/>		

Wenn "Ja", welche Krebserkrankung?

Rauchen Sie? Nein Ja Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

