

# Anamnesebogen:

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte nehmen Sie sich Zeit und und beantworten uns die folgenden Fragen so gut es Ihnen möglich ist. Dies verschafft uns einen ersten schnellen Überblick und ermöglicht uns, mit Ihnen zusammen ggf. weitere nötige Maßnahmen zu besprechen und zu planen.

## **Persönliche Daten:**

Name:	<input type="text"/>	Geb.-Datum:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Handy:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>

Sind bei Ihnen **Vorerkrankungen** bekannt?

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung     | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck           |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche    | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                | <input type="checkbox"/> Koronare Herzerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> erhöhte Blutfette          | <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen      |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Thrombosen / Lungenembolie | <input type="checkbox"/> Baucherkrankungen       |
| <input type="checkbox"/> Operationen     | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen    | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen  |

Operationen:

andere Erkrankungen:

Nehmen Sie an einem **DMP** (Disease Management Programm / Curaplan) teil?  Ja  Nein

- Falls ja:
- |  |  |   |                                     |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes      | <input type="checkbox"/> KHK                   | <input type="checkbox"/> Asthma           | <input type="checkbox"/> COPD       |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Brustkrebs |
| <input type="checkbox"/> Depression    | <input type="checkbox"/> rheumatoide Arthritis |   |                                     |

Haben Sie **Allergien**?  Ja  Nein

Falls ja:

Körpergröße:  cm      Gewicht:  kg

Wann war Ihre letzte Vorsorge / **Checkup**-Untersuchung?

Hatten Sie schon eine Darmspiegelung?  Ja  Nein

Falls ja, wann und wo:

Wie sind Ihre **Lebensumstände**?

mit Partner lebend       Kinder im Haus       allein       allein erziehend

Beruf:       Rente:       Ja       Nein

Haben Sie:      eine Pflegestufe?       eine Schwerbehinderung (GdB)?  %

Rauchen Sie?  Ja       Nein      Falls ja:      Wieviele Zigaretten am Tag?   
Seit wie vielen Jahren?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?       Ja       Nein  
Falls ja, wieviel und wie oft?

Treiben Sie regelmäßig Sport?       Ja       Nein  
Falls ja, welchen und wie oft?

Sind in Ihrer **Familie** (Großeltern, Eltern, Geschwister) schwere **Erkrankungen** aufgetreten?

Diabetes       Bluthochdruck       Herzinfarkt  
 Koronare Herzerkrankung       Schlaganfall       erhöhte Blutfette  
 Krebserkrankung       Thrombosen       Durchblutungsstörungen

Haben Sie

- eine Patientenverfügung?       Ja       Nein  
- eine Vorsorgevollmacht?       Ja       Nein  
- einen Organspendeausweis?       Ja       Nein

Letzter Hausarzt:

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Bogens!

Bitte bringen Sie zu unserem Erstgespräch Ihren **Impfpass** und, falls vorhanden, Ihren **Medikamentenplan** mit.

Datum:

Unterschrift: