

Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Telefon/- Handynummer: _____

E-Mail: _____

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

Seit wann? Nähere Angaben:

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Lebererkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Chronische Infektionskrankheit	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Blutungsstörungen, Bluterkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Lungenerkrankungen (Asthma, COPD)	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Augenerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Nierenerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Psychische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Krampfleiden/ neurologische Erkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Operationen/ Unfälle	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____
Sonstiges	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>	_____

Rauchen Sie? Nein Ja Nicht mehr seit: _____

Wenn ja, wie viel und seit wann: _____

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol/ Drogen? Nein Ja

- Wenn ja, wie viel und was : _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja

- Gegen Medikamente Nein Ja

- Wenn ja, gegen welche? _____

- Andere Allergien? _____

Aktuelle Größe: _____ (cm) Aktuelles Gewicht: _____ (kg)

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? Bitte Dosierung vermerken

Wurden bei Ihnen bereits folgende Untersuchungen durchgeführt?

Herzkatheter	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Darmspiegelung	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Urologische o. gynäkologische Vorsorge	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie folgende Krankheiten bekannt?

Bluthochdruck	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzkranzgefäße, Herzinfarkt	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Herzerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Schlaganfall	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Durchblutungsstörungen der Beine	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Zuckerkrankheit/ Diabetes	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Tumorerkrankungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Blutungsstörungen	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>
Thrombose o. Lungenembolie	Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/>

Sozialanamnese

Familienstand: _____ Kinder: _____

Sport (was & wie oft?) _____

Bitte vereinbaren Sie stets einen Termin!

Denken Sie auch bei akuten Erkrankungen daran, vorher in der Praxis anzurufen. Wir können Ihnen dann einen Termin am selben Tag anbieten.

Wir bitten Sie, Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, wenn Sie diese nicht einhalten können.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe. Bitte geben Sie diesen Fragebogen und die Datenschutzerklärung an der Anmeldung ab. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne.

Dortmund, den _____

Unterschrift: _____